Министерство образования и науки Российской Федерации

Амурский государственный университет

Е.В. Павлова

ПСИХОЛОГИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ И СОСТОЯНИЙ

Учебно-методическое пособие

Благовещенск

2014

ББК 88.53 Я73
П12

Рекомендовано
учебно-методическим советом университета

Рецензент:
М.А. Крысанов, доцент кафедрыДВВКУ им. К.К. Рокоссовского, канд. пед. наук

Павлова Е.В.
П12 Психология экстремальных ситуаций и состояний: Учебно-методическое пособие. – Благовещенск: Изд-во АмГУ, 2014. – 198 с.

Учебное пособие составлено в соответствии Учебным планом для специальности 030401.65 «Клиническая психология» и включает наименование тем, цели и содержание лекционных и практических занятий; задания для контроля изученного материала; темы эссе, контрольные работы и вопросы для самостоятельной работы; вопросы для итоговой оценки знаний; список рекомендуемой литературы. Пособие предназначено для студентов очной формы обучения, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности 030401.65 «Клиническая психология».

В авторской редакции

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Учебная дисциплина «Психология экстремальных ситуаций и состояний» является одной из базовых при подготовке специалистов, работающих в сфере клинической психологии. В современной психологической науке и практике экстремальные ситуации понимаются достаточно широко. К ним принято относить все воздействия среды, угрожающие жизни и здоровью человека или субъективно воспринимаемые им как угрожающие. Соответственно, говорят об экстремальных ситуациях, связанных с авариями, катастрофами, стихийными бедствиями, терактами, военными действиями и т.д. Отдельно рассматриваются так называемые «экстремальные ситуации мирного времени». В данном случае речь идет о неблагоприятном воздействии на одного или нескольких людей. Однако четкой типологии экстремальных ситуаций на сегодняшний день в литературе не представлено.

Так же недостаточно изученной областью психологии являются и экстремальные состояния. Существуют различные подходы к выделению экстремальных состояний, их признаков, описанию динамики и т.п. Большая часть информации содержится в материалах периодических изданий и хрестоматиях, что затрудняет изучение студентами данной дисциплины.

В рамах учебного пособия реализуется попытка сравнительного анализа и обобщения имеющихся данных, их группировка в соответствии с изучаемыми темами курса. Учебное пособие содержит краткое содержание лекционного курса, вопросы для обсуждения на практических занятиях, задания для самостоятельной работы. Вопросы к практическим занятиям охватывают не только материал, предложенный в лекционном курсе, но и предполагают самостоятельную работу студентов с основной и дополнительной литературой. К ряду тем даются задания для самостоятельной работы, выполняемые студентами в микрогруппах (задания проектного и аналитического характера).

В процессе изучения дисциплины студенты пишут эссе по одной из предложенных тем и представляют его для обсуждения на соответствующем прак-

тическом занятии. Студентами очной формы обучения так же выполняется контрольная работа, являющаяся одной из составляющих допуска к экзамену.

Учебное пособие предназначено для студентов специальности 030401.65 «Клиническая психология» очной формы обучения, слушателей курсов повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности 030401.65 «Клиническая психология».

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«Психология экстремальных ситуаций и состояний»

Дисциплина «Психология экстремальных ситуаций и состояний» относится к базовой части профессионального цикла дисциплин (С3.Б.1) подготовки специалистов в сфере клинической психологии. Данная дисциплина опирается на знания, умения, навыки, усвоенные студентами при изучении дисциплин «Общая психология», «Введение в клиническую психологию», и др. Общая трудоемкость дисциплины для студентов очной формы обучения составляет 144 (час.), 4 (з.е.). Распределение часов в соответствии с видами учебной работы представлено в таблице.

№ п/п	Раздел дисциплины	Семестр	Неделя семестра	Виды учебной работы и трудоемкость (в часах)			Формы текущего контроля успеваемости *(по неделям семестра)* Форма промежуточной аттестации
				Лекции	Практич.	СРС	
1	Экстремальная психология. Понятие экстремальной ситуации	5	1	2	2	6	Устный ответ, конспект, терминологический диктант
2	Типология экстремальных ситуаций	5	2-3	2	4	8	Устный ответ, конспект
3	Экстремальные состояния: понятие и дифференциальная диагностика	5	4-6	2	6	8	Устный ответ, конспект
4	Стресс как основная составляющая экстремальных состояний	5	7-8	2	4	6	Устный ответ, конспект
5	Острое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика	5	9-10	2	4	7	Устный ответ, конспект
6	Посттравматическое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика	5	11-12	3	4	7	Устный ответ, конспект, контрольная работа
7	Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания	5	13-14	3	4	8	Устный ответ, конспект, эссе
8	Методы оказания экстренной психологической помощи	5	15-17	2	6	6	Устный ответ, конспект
						36	Экзамен
	ИТОГО:			18	34	92	

В результате изучения дисциплины студент должен:

Знать:

1) Базовые понятия и категории экстремальной психологии;

2) Признаки экстремальной, кризисной, чрезвычайной ситуации;

3) Диагностические критерии различных психофизиологических состояний, развивающихся у субъектов экстремальной ситуации;

4) Динамику развития экстремальных состояний;

5) Методы профилактики и коррекции экстремальных состояний.

Уметь:

1) Дать точную характеристику и определить тип неблагоприятной ситуации (экстремальная, кризисная и т.п.);

2) Определить специфику психофизиологического состояния человека, находящегося в экстремальной ситуации;

3) Формулировать прогноз развития экстремального состояния.

Владеть:

1) Системой базовых понятий;

2) Системой методов оказания экстренной психологической помощи.

Процесс изучения психологии экстремальных ситуаций и состояний направлен на формирование следующих **компетенций**:

1) способность и готовность к пониманию значения гуманистических ценностей для сохранения и развития современной цивилизации; совершенствованию и развитию общества на принципах гуманизма, свободы и демократии (ОК-1);

2) способность и готовность к использованию системы категорий и методов, необходимых для решения типовых и новых задач в различных областях профессиональной деятельности (ОК-4);

3) способность и готовность к владению навыками анализа своей деятельности и умению применять методы эмоциональной и когнитивной регуляции (для оптимизации) собственной деятельности и психического состояния (ОК-8);

4) способность и готовность к принятию ответственности за свои решения в рамках профессиональной компетенции, выработке нестандартных решений в проблемных ситуациях (ОК-11);

5) умение выявлять и анализировать информацию, необходимую для определения целей психологического вмешательства, самостоятельно или в кооперации с коллегами разрабатывать программы вмешательства с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик (ПК-10);

6) владение навыками популяризации психологических знаний, рекомендаций по использованию результатов психологических исследований и инноваций (ПК- 21);

7) готовность к выбору и применению психологических технологий, позволяющих осуществлять решения новых задач в различных областях профессиональной практики (ПК- 28).

Тема 1. Экстремальная психология. Понятие экстремальной ситуации.

Лекционный материал

План:

1. Общая характеристика психологии экстремальных ситуаций и состояний как области науки и практики.

2. Понятие экстремальной ситуации. Факторы, приводящие к восприятию ситуации как экстремальной.

3. Субъекты экстремальной ситуации.

4. Общие последствия влияния экстремальной ситуации на человека.

1. Общая характеристика психологии экстремальных ситуаций и состояний как области науки и практики.

На сегодняшний день не существует единой, методологически сбалансированной, имеющей четкие границы области психологической науки, разрабатывающей проблемы состояния человека, находящегося в экстремальных условиях. Схожие явления описываются в рамках «психологии катастроф» (Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В.), «кризисной психологии» (Пергаменщик Л.А., Малкина-Пых И.Г., Меновщиков В.Ю., Василюк Ф.Е. и др.), «психологии экстремальных состояний» / «экстремальной психологии» / «психологии экстремальных ситуаций» (Лебедев В.И., Малкина-Пых И.Г., Решетников М.М., Човдырова Г.С., Александровский Ю.А., Рубцов В.В., Малых С.Б., Шойгу Ю.С., Смирнов Б.А., Соловьева С.Л. и др.), «психологии травматического стресса» (Лазебная Е.О., Пушкарев А.Л., Сидоров П.И., Соловьев И.В., Тарабрина Н.В., Хухлаев О.Е. и др.). По-разному трактуются и сами понятия «экстремальная ситуация», «экстремальное состояние», «экстремальные условия деятельности».

В.И. Лебедев в 1989 г. определил экстремальную психологию как «отрасль психологической науки, изучающую общие психологические закономерности жизни и деятельности человека в измененных (непривычных) условиях существования».

Сельченок К.В. определяет психологию экстремальных ситуаций как одно из направлений прикладной психологии, исследующее проблемы, связанные с оценкой, прогнозом и оптимизацией психических состояний и поведения человека в экстремальных условиях.

Сидоров П.И., Мосягин И.Г., Маруняк С.В. – авторы книги «Психология катастроф» - рассматривают ее как отрасль прикладной психологии, представляющую собой систему научных знаний и сферу практической деятельности, направленную на изучение закономерностей проявления психики и сохранения психического здоровья человека, вовлеченного в экстремальную ситуацию.

Ю.С. Шойгу с соавторами так же рассматривают психологию экстремальных ситуаций через призму катастроф и чрезвычайных ситуаций, в которые попадают люди. Экстремальные состояния рассматриваются как следствие экстремальных ситуаций и в качестве отдельной области исследования выделяются достаточно редко.

В качестве примера определения объекта, предмета, задач психологии, отражающей деятельность человека в экстремальной ситуации, обратимся к работе П.И. Сидорова с соавторами, посвященной психологии катастроф.

Объектом психологии катастроф являются люди, вовлеченные в экстремальные ситуации (военнослужащие, спасатели и члены их семей; пострадавшие, их родные и близкие, свидетели чрезвычайного происшествия).

Предмет психологии катастроф – особенности проявления психики в различных экстремальных условиях, а также происходящие процессы, ее свойства и состояния в ситуации чрезвычайного происшествия и после него.

К основным задачам психологии катастроф относятся:

1) исследование влияния экстремальных факторов на психические состояния;

2) разработка методов прогнозирования вероятных психических реакций и состояний после катастрофы на основе учета индивидуально-психологических характеристик человека;

3) разработка методов эффективной коррекции функционального состояния в экстремальных условиях;

4) поиск эффективных методов психологической коррекции и реабилитации после пребывания в экстремальных ситуациях с целью профилактики острых и посттравматических стрессовых расстройств, реадаптации к условиям жизнедеятельности и восстановления работоспособности;

5) выявление обоснованных методов саморегуляции психических состояний, эмоционально-волевой устойчивости и стрессовой толерантности.

2. Понятие экстремальной ситуации. Факторы, приводящие к восприятию ситуации как экстремальной.

В специализированной литературе в одном ряду зачастую упоминаются три различных типа ситуаций: чрезвычайная, экстремальная и кризисная.

Чрезвычайная ситуация, в соответствии с законодательством Российской федерации, – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери, нарушение условий жизнедеятельности людей.

Таким образом, чрезвычайная ситуация – это явление объективное. Она может быть описана, оценена и отнесена к одной из типологических групп (в соответствии с количеством пострадавших, количеством людей, у которых нарушены условия жизни, материальным ущербом, зоной поражения и т.д.).

Сидоров П.И. с соавторами рассматривают чрезвычайную ситуацию как совокупность проявлений дестабилизирующих факторов, нарушающих заданное функционирование социальной системы. К дестабилизирующим факторам они относят: биологические, экологические, социальные, антропогенные и природные. В качестве критериев для классификации ЧС авторы предлагают следующие: 1) степень тяжести последствий, 2) масштабность, 3) темпы распро-

странения, 4) причина возникновения. В данном случае ЧС так же рассматривается как объективное изменение условий жизнедеятельности человека.

Экстремальная ситуация (лат. extremus – крайний, критический) – это крайняя, предельная ситуация, минимальное или максимальное значение некоторого критерия (Сидоров П.И. и др.).

Можно условно выделить два подхода к пониманию экстремальной ситуации:

1. Экстремальная ситуация как экстремальные условия жизни и деятельности, в том числе, профессиональной (Маклаков А.Г., Сидоров П.И. и др.). В данном случае экстремальная ситуация рассматривается преимущественно как достаточно постоянная совокупность условий, которые воздействуют постоянно или периодически и являются для человека относительно ожидаемыми (прогнозируемыми). Например, условия профессиональной деятельности десантников, водолазов, спасателей и т.п.

2. Экстремальная ситуация как измененные, необычные и непривычные условия существования человека, к которым его психофизиологическая организация не готова; как внезапно возникающая ситуация. В данном контексте экстремальная ситуация так же рассматривается как катастрофическая.

Рассмотрим названные подходы более подробно.

А.Г. Маклаков выделяет пять уровней жизнедеятельности, исходя из условий, в которых она реализуется.

Таблица 1 – Классификация условий жизнедеятельности.

Уровень жизнедеятельности (условия реализации)	Характеристика условий
Оптимальные условия	Относительный комфорт: нормальное функционирование всех систем организма человека, отсутствие чрезмерного нервно-психического напряжения.
Параэкстремальные условия	Первоначальная мобилизация функциональных ресурсов и возникновение оперативного напряжения (в отличие от напряженности, в определенных условиях служит позитивным фактором, обеспечивающим повышение работоспособности). Условия, при которых могут внезапно возникать ситуации, опасные для жизни или деятельности субъекта, а также окружающих его людей.
Экстремальные условия	Включение гормональной регуляции: дискомфорт и сильное напряжение, перерастающее в перенапряжение, хотя мобилизация функциональных ресурсов в некоторых случаях может способствовать эффективному решению имеющихся задач. Обстоятельства жизни и деятельности, характеризующиеся наличием реальной витальной угрозы.
Паратерминальные условия	Высокая вероятность патологических изменений в организме: значительное перенапряжение, задействование глубинных резервов и невосполнимых (медленно восстановимых) ресурсов организма и психики.
Терминальные условия	Вероятность летального исхода.

Ю.С. Шойгу подчеркивает субъективность понятия «экстремальная ситуация». По ее мнению, экстремальная ситуация – это внезапно возникающая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимающаяся человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию. То есть, это ситуация, нарушающая чувство безопасности человека.

Все факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной, можно разделить на две группы:

1. Внешние – характеристики ситуации, в которой находится человек

В качестве внешних факторов Ю.С. Шойгу называет:

1) Высокие эмоциональные воздействия ситуации (новизна, трудность и т.п.);

2) Дефицит, избыток или противоречивость имеющейся информации;

3) Неблагоприятные климатические условия;

4) Невозможность удовлетворить витальные потребности (жажда, голод).

А.Г. Маклаков называет 17 признаков ситуаций, позволяющих воспринимать их как экстремальные. Для этих ситуаций характерны:

1) различные эмоциональные воздействия, связанные с высокой ответственностью, опасностью, трудностью, новизной выполняемой деятельности, наличием лимита времени на принятие решения и др.;

2) ситуации, сопровождающиеся опасностью массового поражения, чувством беззащитности, наличием непосредственной угрозы для жизни;

3) чрезмерные нагрузки на психические и психомоторные процессы;

4) чрезмерные нагрузки на речевые функции, особенно при дефиците информации;

5) чрезмерные физические нагрузки, перенапряжение сил;

6) воздействие значительных ускорений, вестибулярных нагрузок;

7) режим выраженного понижения двигательной активности (гипокинезия и гиподинамия);

8) резкие перепады барометрического давления;

9) воздействие выраженной гипервентиляции, т.е. учащения глубокого дыхания более чем на 2,5-3 минуты (при сильном эмоциональном напряжении), возникновение при этом критического снижения количества углекислоты в альвеолярном воздухе и, с другой стороны, значительное повышение содержания углекислоты в крови – гиперкапния;

10) гипоксия – существенное понижение содержания кислорода в тканях организма;

11) наличие во вдыхаемом воздухе различных вредоносных элементов;

12) неблагоприятное воздействие вибрации, шумов, радиочастот;

13) неблагоприятные воздействия различных климатических и микроклиматических факторов (жара, холод, влажность и др.);

14) голод и жажда;

15) сенсорная депривация и информационная изоляция;

16) кумуляция психического напряжения, тревожность;

17) переживание несчастья близких, их гибели.

2. Внутренние – демографические и личностные характеристики человека, испытывающего воздействие экстремальных условий. Сведения о данной группе факторов в литературе представлены фрагментарно. На основе обобщения информации различных источников можно выделить следующие:

1) Опыт переживания подобных ситуаций (наличие или отсутствие информационной модели ситуации и модели совладающего поведения). Утяжеляют совладание с ситуацией:

a) субъективная неготовность к ситуации (человек воспринимает ситуацию как в принципе невозможную: с такой проблемой столкнулись некоторые спасатели, работавшие на месте Уфимской катастрофы);

b) незнание алгоритма действий в данной ситуации;

c) отсутствие опыта действий в подобной ситуации;

2) «Образ мира» или «модель жизненного мира», типичная для человека;

3) Степень личностной зрелости;

4) Гендерные особенности (важен не биологический пол, а социальные представления о «мужском» и «женском» поведении);

5) Самооценка человека;

6) Уровень субъективного контроля (УСК);

7) Интроверсия/экстраверсия (считается, что важна в меньшей степени, чем УСК);

8) Система ценностей человека и т.д.

Важным для работы психолога является тот факт, что одна и та же ситуация разными людьми может восприниматься как «нормальная» (естественный ход событий), экстремальная и «предельная» (невыносимая, кризисная).

Кризис (греч. krisis – решение, поворотный пункт) – суд, перелом, переворот, пора переходного состояния, при котором неадекватность средств достижения целей рождает непредсказуемые проблемы. Кризис – нарушение состояния равновесия системы, резкий, крутой перелом в чем-нибудь, тяжелое переходное состояние, острое затруднение в чем-либо. Слово «кризис» несет в себе оттенок чрезвычайности, угрозы и необходимости действия.

Под кризисной ситуацией Ю.С. Шойгу понимает такие ситуации, которые требуют от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени.

Как правило, экстремальная (чрезвычайная) ситуация становится для человека кризисной в том случае, когда полностью исключается возможность сохранения привычного образа жизни, ценностей и способа мировосприятия. То

есть, происходит разрушение «базовых иллюзий». Дж. Ялом писал о трех таких иллюзиях:

А) иллюзия собственного бессмертия;

Б) иллюзия справедливости;

В) иллюзия простоты устройства мира.

Следует помнить, что разграничение чрезвычайных и экстремальных ситуаций, с одной стороны, и экстремальных и кризисных – с другой, в научной литературе и психологической практике является достаточно условным. Так же возможен взаимопереход перечисленных ситуаций.

3. Субъекты экстремальной ситуации.

Субъектом экстремальной ситуации считается человек, подвергшийся воздействию психотравмирующих факторов (экстремальных условий). В соответствии с характером негативного воздействия выделяют шесть групп субъектов (Шойгу Ю.С. и др.).

1. Специалисты – люди, оказывающие помощь пострадавшим, принимающие участие в ликвидации последствий ЧС. Исследователи экстремальных состояний и сами спасатели отмечают, что в ситуации выполнения профессиональных обязанностей, связанных с помощью другим людям, эмоциональные переживания ощущаются как приглушенные, специалист в первую очередь ориентирован на выполнение задачи. В основе этого явления лежит механизм психологической защиты – диссоциация (взгляд на ситуацию извне, со стороны, без личной эмоциональной вовлеченности), часто проявляющийся в том случае, если человек по роду своей профессиональной деятельности постоянно сталкивается с болью и страданиями других людей. Такая реакция считается нормой. Однако, если ситуация по своим характеристикам превосходит представления специалиста о возможной мере человеческих страданий, может произойти прорыв эмоций, затрудняющий или делающий невозможным дальнейшее выполнение профессиональных обязанностей (Решетников М.М с соавторами описывают подобное состояние спасателей при ликвидации последствий

Уфимской катастрофы). Так же возможно развитие отсроченных психических расстройств (ПТСР).

2. Жертвы – люди, непосредственно пострадавшие от воздействия экстремальных условий (погибшие, получившие увечья, физические и психические травмы). Психические реакции жертв развертываются в несколько этапов: героизм, фаза «медового месяца», разочарование, восстановление (подробнее об этом мы будем говорить при изучении острого стрессового расстройства).

При неблагоприятных условиях может происходить «застревание» на одной из стадий, что приводит к формированию отсроченных психических реакций (посттравматическое стрессовое расстройство). Ю.С. Шойгу отмечает, что «Застревание на какой-либо из стадий приводит к возникновению или «синдрома героя», который можно описать следующими словами: «Я пережил то, что никто из вас не переживал, вы меня никогда не поймете, вы все дети» и т.п., в результате возможны проявления асоциального поведения (вспышки агрессии, угроза жизни других), алкоголизация, суициды, или возникновение «синдрома жертвы»: «Меня никто не понимает, я одинок в своих страданиях»». Хотя большая часть людей в итоге самостоятельно или с помощью специалистов возвращаются к нормальной жизни.

3. Пострадавшие (материально или физически) – люди, потерявшие своих близких или не имеющие информации об их судьбе, лишившиеся своих домов, имущества и т.д. В этой группе, по словам Ю.С. Шойгу, наблюдаются наиболее тяжелые эмоциональные реакции, длительные негативные переживания. Пострадавшим особенно трудно смириться с постигшим их горем, адаптироваться к изменившимся условиям жизни. В этой группе выявляется наибольшее количество отсроченных психических последствий.

4. Очевидцы (свидетели) – люди, проживающие или оказавшиеся в непосредственной близости к зоне ЧС.

5. Наблюдатели (зеваки) – люди, получившие информацию о происходящем и прибывшие на место.

Степень травматизации людей в этих двух группах во многом зависит от их личностных особенностей и наличия травматических ситуаций в прошлом. Если наблюдаемая чрезвычайная ситуация имеет для них личностную значимость (связана с травматическим опытом, хранящимся в эксплицитной или имплицитной памяти), это может вызвать психические (страхи, неврозы) и соматические (обострение хронических заболеваний, бессонница, головные боли) нарушения.

6. Телезрители – люди, получающие информацию о ЧС и следящие за развитием ситуации с помощью средств массовой информации (СМИ). Ю.С. Шойгу описывает ряд случаев негативных психологических последствий освещения СМИ чрезвычайных ситуаций. Часто эмоциональная окраска репортажей носит чрезмерно негативный, трагичный, подчеркнуто пессимистичный характер. Крупным планом показываются разрушения, изувеченные тела жертв, пострадавшие (как, например, в программах «Сканер», «Очевидец» и т.п.). Это может приводить к развитию у людей страхов, тревоги за себя и за своих близких, нарушению чувства безопасности, подавленному состоянию, плохому физическому самочувствию, актуализации травматического опыта, полученного ранее.

Таким образом, существуют как общие тенденции, так и особенности травматизации различных групп субъектов экстремальной (чрезвычайной) ситуации. Степень травматизации во многом определяется субъективными факторами восприятия ситуации.

4. Общие последствия влияния экстремальной ситуации на человека.

Специалисты в области экстремальной психологии подчеркивают, что трудно сделать однозначный вывод о том, какой вид ЧС оказывает наиболее тяжелые последствия на психическое состояние людей, а какие переживаются легче. Существует мнение, что чрезвычайные происшествия природного происхождения люди обычно переживают гораздо легче, чем антропогенные, поскольку воспринимают их как «божью волю» либо действие безликой природы, которые невозможно изменить. Экстремальные ситуации антропогенного характера довольно таки часто приводят к разрушению образа мира человека, его системы ценностей, «базовых иллюзий». Описание подобных переживаний широко представлено в научной и художественной литературе, в частности, посвященной Второй мировой войне (В. Франкл, Э.М. Ремарк, В. Липатов и др.).

Среди стихийных бедствий по разрушительному действию, причиненному ущербу и числу жертв первое место по данным ЮНЕСКО занимают землетрясения. К специфическим последствиям землетрясения, связанным с психическим состоянием людей, можно отнести развитие реакций дезадаптации, возникновение фобических расстройств, связанных со страхом находиться в зданиях; страхом повторных подземных толчков; опасениями за жизнь своих близких; нарушения сна. Степень тяжести последствий стихийных бедствий, как и любых экстремальных ситуаций, в каждом случае необходимо оценивать индивидуально.

Из антропогенных ЧС, по мнению ряда исследователей, максимально психотравматичной является ситуация заложничества. Это обусловлено существованием реальной перспективы смерти для заложников, переживаниями чувства парализующего страха, невозможностью противодействовать террористам в сложившихся обстоятельствах, отрицанием самоценности жизни и личности заложника. Такие ситуации порождают как у самих пострадавших, так и в социуме вообще, большое количество агрессивных реакций, тревожных, фобических расстройств (Шойгу Ю.С.).

На основе анализа литературы можно выделить шесть наиболее типичных последствий экстремальных ситуаций:

1) Резкое субъективное деление жизни на «до» и «после» экстремальной ситуации;
2) Дезорганизация личности субъектов экстремальной ситуации;
3) Изменение образа мира и системы ценностей человека;
4) Реакции дезадаптации, развитие фобий, страха за жизнь близких;
5) Тревожные и агрессивные реакции;
6) Устойчивое чувство безысходности.

Таким образом, каждая экстремальная ситуация имеет свою специфику и свои психические последствия для участников и свидетелей и переживается каждым человеком индивидуально.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Понятие экстремальной, чрезвычайной и кризисной ситуаций.

2. Соотношение объективного и субъективного в восприятии ситуации как экстремальной.

3. Экстремальная ситуация и экстремальные условия деятельности.

4. Общая характеристика субъектов экстремальной ситуации.

5. Специфика психологической травматизации различных групп субъектов экстремальной ситуации.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Назовите 5 наиболее существенных (на ваш взгляд) событий, способствовавших возникновению экстремальной психологии. Ответ обоснуйте.

2. Составьте сравнительную характеристику чрезвычайной, экстремальной и кризисной ситуаций (с указанием критериев сравнения).

3. Приведите примеры чрезвычайных ситуаций, произошедших в вашем регионе. Какие признаки этих ситуаций позволяют считать их чрезвычайными? Способствуют восприятию этих ситуаций как экстремальных?

4. На примере конкретной чрезвычайной ситуации, произошедшей в вашем регионе, опишите особенности психологической травматизации ее субъектов.

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

2. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

3. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.

4. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

Дополнительная

1. Антипов В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: Владос-ПРЕСС, 2004. – 176 стр.

2. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) [Текст] / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МУ, 1984. – 200 с.

3. Лебедев В.И. Личность в экстремальных ситуациях [Текст] / В.И. Лебедев. - М.: Политиздат, 1989. – 304 с.

4. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология: Учебник для вузов. – Спб.: Питер, 2005. – 464 с.

5. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

6. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

7. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

8. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

9. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ.проект, Трикста, 2005. – 128 с.

Тема 2. Типология экстремальных ситуаций.

Лекционный материал

План:

1. Варианты классификации экстремальных ситуаций и их ограничения.
2. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями.
3. Экстремальные ситуации, возникающие как следствия стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф.
4. Психология терроризма.
5. Эмоциональное, психологическое, физическое, сексуальное насилие как экстремальная ситуация.

1. Варианты классификации экстремальных ситуаций и их ограничения.

В научной и специальной литературе классификации экстремальных ситуаций в «чистом» виде не представлены. В большинстве источников речь идет о типологии чрезвычайных ситуаций. Рассмотрим наиболее распространенные критерии выделения и виды ЧС.

И.С. Малкинна-Пых отмечает, что ЧС могут классифицироваться по следующим признакам:

1. По степени внезапности

А) внезапные (непрогнозируемые);

Б) ожидаемые (прогнозируемые).

Степень экстремальности первых часто оценивается выше, чем вторых (в связи с недостатком информации, паническими явлениями и т.п.).

2. По скорости распространения ЧС может носить характер:

А) взрывной;

Б) стремительный;

В) быстрораспространяющийся;

Г) умеренный;

Д) плавный.

К типам А – В чаще всего относятся большинство военных конфликтов, техногенных аварий, стихийных бедствий. Относительно плавно развиваются ситуации экологического характера. Ситуации взрывного и стремительного характера воспринимаются чаще как более травматичные. «Плавные» катастрофы характеризуются прогнозируемостью появления и зачастую сопровождаются наличием скрытой паники у населения и массовыми психозами.

3. По масштабу распространения ЧС:

А) локальные;

Б) местные;

В) территориальные;

Г) региональные;

Д) федеральные;

Е) трансграничные.

4. По продолжительности действия ЧС:

А) кратковременные;

Б) Затяжные (все ЧС, в результате которых происходит загрязнение окружающей среды).

5. По характеру:

А) преднамеренные (умышленные) – большинство национальных, социальных и военных конфликтов, террористические акты и др.

Б) непреднамеренные (неумышленные) – стихийные бедствия, большинство техногенных аварий и катастроф.

6. По источнику происхождения чрезвычайные (экстремальные) ситуации подразделяются на:

А) ЧС техногенного характера:

a. транспортные аварии и катастрофы;
b. пожары и взрывы;
c. аварии с выбросом аварийно-химических отравляющих веществ (АХОВ) и отравляющих веществ (ОВ);

d. аварии и катастрофы с выбросом радиоактивных веществ (РВ) или сильнодействующих ядовитых веществ (СДЯВ);
e. внезапное обрушение сооружений;
f. аварии на электро- и энергетических системах (ЭЭС) или коммунальных системах жизнеобеспечения;
g. аварии на промышленных очистных сооружениях;
h. гидродинамические аварии.

Б) ЧС природного происхождения:

a. геофизические;
b. геологические;
c. метеорологические;
d. агрометеорологические;
e. опасные морские гидрологические явления;
f. природные пожары.

В) ЧС биолого-социального характера:

a. голод;
b. терроризм;
c. общественные беспорядки;
d. алкоголизм, наркомания, токсикомания;
e. различные акты насилия.

Г) ЧС, связанные с изменением состояния литосферы – суши (почвы, недр, ландшафта); состава и свойств атмосферы (воздушной среды); состояния гидросферы (водной среды); состояния биосферы (инфекционные заболевания людей, животных и растений).

Ю.С. Шойгу с соавторами приводят следующие варианты классификации ЧС:

1. По степени конфликтности

А) конфликтные (война, терроризм);

Б) безконфликтные (природные катаклизмы, техногенные катастрофы и т.д.);

2. По скорости распространения:

А) внезапные (аварии);

Б) быстро распространяющиеся (торнадо, военные действия);

В) умеренно распространяющиеся (эпидемии, засуха);

Г) медленно распространяющиеся (эрозия почв).

3. По источнику

А) техногенные;

Б) природные;

В) эколого-биологические;

Г) социогенные.

4. По масштабу распространения ЧС:

А) локальные;

Б) местные;

В) территориальные;

Г) региональные;

Д) федеральные;

Е) трансграничные.

Сидоров П.И. с соавторами, помимо описанных выше критериев, указывают так же «степень тяжести последствий». Соответственно, ЧС подразделяются на:

А) легчайшие;

Б) слабые;

В) средние;

Г) тяжелые;

Д) уничтожающие.

Для практических целей и установления единого подхода к оценке ЧС природного и техногенного характера, определения границ зон ЧС и адекватного реагирования на них введена классификация ЧС:

– в зависимости от количества людей, пострадавших в этих ЧС;

– людей, у которых нарушены условия жизнедеятельности;

– размера материального ущерба;

– границы зоны распространения поражающих факторов ЧС.

Использование тех или иных классификационных критериев, а так же количественное наполнение отдельных категорий («сильный», «взрывной», «территориальный» и т.п.) определяется законодательством и нормативными документами, определяющими действия соответствующих служб (спасатели, врачи и т.п.) в зоне ЧС.

С точки зрения организации психологической помощи данные классификации оказываются недостаточно информативными. В частности, они описывают именно объективную ситуацию, а не ее восприятие человеком (не отражают субъективную степень экстремальности ситуации).

В то же время в литературе встречается условное деление экстремальных ситуаций на «экстремальные ситуации военного времени» и «экстремальные ситуации мирного времени». Вторые, в свою очередь, подразделяют либо на природные, техногенные и социогенные, либо на экстремальные для одного (реже – нескольких) человек (насилие, утрата) и для группы людей. Так же под «экстремальными ситуациями мирного времени» подразумевают ситуации соревнований, экзаменов, публичных выступлений и т.п. В данном случае ситуация воспринимается как угрожающая не жизни человека, а его личностной целостности, самоуважению.

2. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями.

Ю.А. Александровский в работе «Психогении в экстремальных ситуациях» пишет: «Война с точки зрения экстремальных условий, вызывающих возникновение психогений, объединяет по существу психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам. В войне с применением обычного оружия это разрушение зданий и пожары в результате действий артиллерии и авиации, катастрофические наводнения в связи с повреждением гидротехнических сооружений, заражение обширных территорий радиоактивными и ядовитыми химическими веществами при разрушении атомных электростанций и химических заводов. В случае же применения средств массового поражения максимальными по интенсивности психотравмирующего воздействия будут (помимо самого факта применения этих средств) очаги массовых санитарных потерь, особенно от ядерного оружия».

Основными субъектами экстремальных ситуаций военного времени являются военнослужащие и мирное население территорий, на которых разворачиваются военные действия. Основные экстремальные ситуации: 1) ведение военных действий (участие в бою), 2) нахождение в очаге военных действий, 3) проживание на оккупированной территории, 4) нахождение в блокаде, 5) проживание на территории, опустошенной войной, 6) беженство, 7) плен. Общим для всех перечисленных ситуаций является их социогенность, достаточно большая длительность, низкая прогнозируемость развития событий (с позиции рядового участника). Во всех ситуациях происходит обесценивание человеческой жизни, деформация системы общественных и личных ценностей, искажение моральных норм.

Работы, посвященные психологии военных действий, появились в период и после первой мировой войны. Это было связано с двумя основными причинами: 1) характер самой войны (появление оружия массового поражения, «окопный» характер военных действий, значительные потери среди мирного населения и т.п.), обусловивший значительные изменения в массовом сознании, привел к ослаблению чувства безопасности; 2) развитие научных методов психологического исследования позволяло получить обоснованные данные.

В 1916 г. Э. Крепелин, характеризуя травматический невроз, впервые показал, что после тяжелых психических травм могут оставаться постоянные, усиливающиеся с течением времени расстройства. Позднее Майерс в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914 – 1919» определил различия между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный

шок» Майерс рассматривал как психическое состояние, вызванное сильным стрессом.

Так же в период первой мировой войны психиатры заметили, что солдаты, не получившие физических увечий, ранений или получившие незначительные повреждения во время боевых действий, проявляли симптомы некоего заболевания, причину которого не могли установить. У солдат отмечалось угнетенное состояние, слабость, истощение, нарушение сна, аппетита, вспышки немотивированной агрессии. Причиной этого заболевания являлась психическая травма, полученная в ходе боевых действий.

Реакции, обусловленные участием в боевых действиях, стали предметом широких исследований в ходе второй мировой войны. Это явление у разных авторов называлось по-разному: «военная усталость», «боевое истощение», «военный невроз», «посттравматический невроз». В дальнейшем эти исследования вылились в теории посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

После второй мировой войны над проблемой психических нарушений у военнослужащих активно работали и русские психиатры: В.Е. Галенко, Э.М. Залкинд, М.В. Соловьева и др. Новый интерес к этой проблеме возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами второй половины XX века (так называемые «необъявленные войны»). Война во Вьетнаме стимулировала подобные исследования в США.

В последней трети XX века стали появляться работы, посвященные психологии бойца и ведения боя. Ф. Кардини, И. Воронов и ряд других авторов дают психологический анализ различных боевых искусств. Они подчеркивают, что приоритет в области боевой психотехники принадлежит древним мыслителям: шаманам, жрецам, колдунам, отшельникам, которые детально разработали целый ряд методов, помогавших соплеменникам входить в состояние боевого транса, впадать в так называемое «безумие воина». А.Е. Тарас, Ю. Зуев, В. Катин и др. описываю психологические основания различных боевых искусств. Ю. Зуев уделяет значительное внимание сознанию бойца в поединке.

Как отмечает П.И. Сидоров, симптомы боевого стресса значительно варьируют в зависимости от обязанностей военнослужащих, тяжести и характера травмирующего переживания, но проявляются единой характеристикой – чувством непереносимой тревоги. Фактором, вызывающим страх, является простое пребывание в зоне боевых действий, где существует большая вероятность разрыва снаряда, гибели или ранения оказавшихся поблизости людей. Кроме того, у солдат, отвечавших за захоронение и регистрацию погибших, наблюдаются гнев, тревога и соматические расстройства. Общей клинической картиной, единой для всех солдат с боевым стрессом (по данным П.И. Сидорова), являются повышенная раздражительность и сензитивность, нарушения сна и часто повторяющиеся кошмары. Большинство солдат, получивших ранение, проявляют меньше симптомов тревоги и боевого истощения, чем солдаты без физических травм (за исключением случаев глубоких увечий), так как именно ранение, возможно, устраняет источник тревоги. Возможно утяжеление психосоматической симптоматики на этапе завершения лечения как попытка отсрочить возвращение в действующую войсковую часть.

В предопределении способности человека адаптироваться к боевой обстановке важную роль играют несколько социокультурных факторов: 1) ясность и приемлемость целей войны; 2) идентификация с воинским подразделением; 3) честь мундира; 4) качество командования.

П.И. Сидоров, А.Г. Маклаков выделяют ряд факторов трансформации личности военнослужащих:

1. Комбатантная акцентуация. Ее основные черты: 1) эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, вплоть до бурных агрессивных вспышек; 2) тревожность и настороженность; 3) повышенная ранимость, недоверчивость к окружающему миру (особенно в отношении государственных структур); 4) избирательность и сложность в установлении межличностных контактов, уменьшение их количества; 5) обостренное чувство справедливости.

2. Комбатантная психопатизация – это заострение характерологических черт, отвечающих основным критериям «уродств характера». Основные прояв-

ления: 1) вспыльчивость – выражается в частых вспышках гнева, агрессии с разрушительными действиями; 2) озлобленность – приводит к антисоциальным действиям, криминальным эпизодам и грубой социальной дезадаптации.

3. Боевая психическая травма – комплекс симптомов, характерных для психогенных нарушений, наблюдаемых у военнослужащих в период ведения боевых действий. Заключается в перераспределении ресурсов человеческого организма, сопровождающемся напряжением адаптационных механизмов и выраженными психофизиологическими изменениями, которые обладают чрезмерной интенсивностью и продолжительностью. Это оказывает вторичный повреждающий эффект и становится причиной расстройств психической деятельности.

Патологическими проявлениями боевой психической травмы являются:

1) Новые поведенческие навыки и стереотипы. С увеличением продолжительности пребывания в экстремальной обстановке повышается специфическая устойчивость организма к воздействию стрессов, закрепляются новые поведенческие навыки и стереотипы, имеющие ведущее биологическое значение для сохранения жизни. Нарастает частота враждебных, агрессивных и асоциальных форм поведения. Рост агрессивности предшествует психическому срыву, совершению аварии, гибели людей вследствие ошибочных действий или ошибочных решений. В связи с этим следует рассматривать возникновение агрессивности как недостаточное развитие личности или как индикатор осложнения психической регуляции, предшествующей психогенным расстройствам.

2) «Бегство от реальности» Проявляется в виде невротических соматоформных и диссоциативных расстройств, аддиктивного и суицидального поведения. Такие расстройства наиболее часто развиваются в первые месяцы пребывания в экстремальной обстановке, в то время как разнообразные формы агрессивного поведения нарастают по мере увеличения продолжительности пребывания в данных условиях.

У лиц, получивших увечья в процессе выполнения служебных обязанностей в экстремальной обстановке, наблюдаются изменения психического

состояния двух типов: гиперстенические и астенодепрессивные с выраженными реакциями страха и беспокойства. Часто аналогичные состояния можно наблюдать у лиц, ставших свидетелями особо разрушительных стихийных бедствий или техногенных катастроф.

По данным П.И. Сидорова, к наиболее распространенным симптомам психопатологических расстройств, характерных для военнослужащих, участвовавших в наведении конституционного порядка в Чеченской Республике, относятся раздражительность, вспыльчивость, агрессивность и эмоциональная лабильность. В качестве вторичных симптомов по отношению к невротическим и аффективным расстройствам (как следствие психогенных нарушений) у военнослужащих могут развиваться алкоголизм и наркомания.

Данные экспериментальных исследований Г.С. Никифорова свидетельствуют о влиянии личностных характеристик профессионалов на вероятность возникновения психогенных нарушений и наличии связи с характером течения реабилитационного процесса. Наиболее благоприятный исход течения реакции боевого стресса в большей степени присущ людям, у которых отсутствуют признаки акцентуаций характера.

Нахождение в очаге военных действий для мирного населения имеет практически те же психологические последствия, что и для военнослужащих (развитие ПТСР, психопатических состояний, неврозов). Отличительной чертой является чувство беспомощности, порождаемое неспособностью защитить себя, свою семью. Отсутствует возможность переложить ответственность за свои действия на командира, старшего по званию. Так же мирное население, как правило, в меньшей степени информировано о происходящих событиях, соотношении сил, направлении движения войск и т.п.

Проживание на оккупированной территории связано с изменением статуса коренного населения (вплоть до установок на его уничтожение), обесцениванием / утратой тех социальных ролей, которые человек играл в данном социуме. Коренное население, как правило, лишается имущества и привычных источников дохода. Обесценивается жизнь человека как таковая. Возможно появление

представителей местного населения, переходящих на службу завоевателю (например, полицаи на Западной Украине в период второй мировой войны). Ситуация оккупации очень рельефно представлена в ряде художественных произведений: Э.М. Ремарк «Земля обетованная», В. Гроссман «Жизнь и судьба», В. Быков «Пойти и не вернуться», Ю. Бондарев «Выбор» и др.

Основным фактором, позволяющим считать проживание на территории, опустошенной войной, экстремальной ситуацией, является невозможность удовлетворить базовые потребности населения. То же касается и нахождение в блокаде, но в данном случае экстремальность ситуации многократно усиливается.

Беженцы – это люди, вынужденные покинуть привычное место проживания в связи с невозможностью дальнейшего нахождения там без угрозы для жизни. В марте 1993 г. в России вступили в силу два закона – «О беженцах» и «О вынужденных переселенцах». В мае того же года Россия присоединилась к таким важнейшим международным документам ООН, как Конвенция (1951 г.) и Протокол (1967 г.) о статусе беженцев.

В соответствии со статьей 1 Закона РФ «О беженцах», беженец – это лицо, которое не является гражданином Российской Федерации и в силу обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политического инакомыслия находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может воспользоваться защитой своей страны (боится) или же лицо, которое не имеет определенного гражданства и находится вне страны своего прежнего места жительства, покинув его в результате преследований и не может (не желает) вернуться домой вследствие опасений за свою жизнь и безопасность своей семьи.

В отличие от беженца, вынужденный переселенец – это гражданин российской Федерации, покинувший место жительства вследствие совершенного в отношении него или членов его семьи насилия или преследования, либо вследствие реальной опасности подвергнуться преследованию по признаку расовой

или национальной принадлежности, вероисповедания, языка, а также по признаку принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений, ставших поводом для проведения враждебных кампаний в отношении конкретного лица или группы лиц, массовых нарушений общественного порядка, а также гражданин иностранного государства, покинувший место жительства на территории РФ по обстоятельствам, указанным выше (ст. 1 Закона РФ «О вынужденных переселенцах»).

К «вынужденным переселенцам» относятся жертвы не только дискриминации и преследований, но и массовых беспорядков в покинутых ими регионах, поэтому статус вынужденных переселенцев получают, например, жители Чеченской Республики, покинувшие ее в период военных действий, независимо от того, подвергались ли они лично национальной, политической или иной дискриминации.

Как видно из определений, психологическое состояние беженцев и вынужденных переселенцев зачастую характеризуется тотальной дезадаптацией. Прибывшие из районов социальной напряженности испытывают страх перед неопределенностью и нуждаются в социально-психологической помощи. Наличествует языковой барьер, который в более короткие сроки преодолевается детьми и мужчинами. Особое беспокойство вынужденных мигрантов вызывает отсутствие благоустроенного постоянного жилья и работы со стабильно выплачиваемой заработной платой.

Проблемы адаптации к новым условиям в первую очередь затрагивают детей. Посттравматический стресс провоцирует нервозную атмосферу в семьях. Учитывая то, что ребенку приходится реально адаптироваться к новым экономико-социальным условиям (школа, город, отношения), ребенок оказывается окружен психологическими и социальными проблемами, непониманием: так, прибыв в Россию, многие дети с трудом адаптируются в среде сверстников, замыкаются в себе. Отсутствие у подавляющего большинства семей мигрантов элементарных социально-бытовых условий (регистрации, постоянного жилья, работы) самым негативным образом сказывается на психологическом климате в

семье, и особенно на психологическом состоянии ребенка. Из-за наличия существенных различий в школьных программах России и стран СНГ у детей беженцев и вынужденных переселенцев растет неуспеваемость, снижается самооценка, нарастает психическое напряжение, приводя к ухудшению психического и физического здоровья.

В.Г. Крысько определяет реабилитацию иммигрантов и беженцев как процесс социального вовлечения иммигрантов и беженцев в активную, самостоятельную деятельность в новой этнической среде. Реабилитация предполагает осуществление комплекса мероприятий, направленных на освобождение индивида от состояния стресса и жизненного кризиса, вызванного сменой места жительства, получением знаний о новой этнической среде, навыков активной деятельности в ней.

Возвращение иммигранта, беженца к активным социальным отношениям предполагает оказание психологической помощи, восстановление его социального комфорта и адаптацию к новой общественной ситуации. Иммигранты, беженцы осваивают новую культуру (язык, традиции, образ поведения и взаимоотношений, моральные и нравственные ценности представителей того государства или народа, в среде которых они оказались), переосмысливают свои этнические традиции, образ поведения, взаимоотношения, которые являются малоприменимыми и неэффективными в новых условиях. Разработки по проблеме адаптации вынужденных переселенцев принадлежат Н.С. Фрейнкман-Хрусталевой, А.И. Новикову, Т.Г. Стефаненко, В.В. Гриценко, Л.Е. Ананьину, Л.Л. Москалеву, С.Г. Климову и др.

Проблема психологического состояния лиц, находящихся в плену, детально рассматривается в работе В. Франкла «Человек в поисках смысла». Именно к ней мы и отсылаем студента для знакомства с данным разделом темы.

3. Экстремальные ситуации, возникающие как следствия стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф.

В «Толковом словаре русского языка» Д.Н. Ушакова даются следующие определения катастрофы:

1. Неожиданное несчастье, бедствие, событие, влекущее за собой трагические последствия.

2. Крупное потрясение трагического характера, обусловливающее собой резкий перелом в личной или общественной жизни.

По своему происхождению катастрофы могут быть природными (стихийные бедствия) и техногенными (антропогенными).

1. К стихийным бедствиям относят: наводнения, циклоны, ураганы, смерчи, пожары, землетрясения, извержения вулканов, цунами, а также засухи, эпидемии, эпизоотии и др.

ВОЗ определяет стихийные бедствия как ситуации, характеризующиеся непредусмотренными серьезными и непосредственными угрозами общественному здоровью, возникающие в результате явлений и действий сил природы, имеющие чрезвычайный характер и приводящие к нарушению повседневного уклада жизни более или менее значительных групп людей, а также человеческим жертвам.

Каждому стихийному бедствию присущи определенные поражающие факторы, воздействующие на здоровье человека. Территория, на которую воздействуют поражающие факторы стихийного бедствия, с расположенными на ней населением, животными, зданиями, специальными сооружениями, инженерными сетями и коммуникациями, оборудованием и техникой называется очагом стихийного бедствия.

В зависимости от масштабов и природы стихийного бедствия его очаги могут отличаться размерами, формой, характером. В результате действия нескольких поражающих факторов стихийного бедствия возникают сложные очаги. Люди в сложном очаге стихийного бедствия могут получить самые разнообразные травмы, сопровождающиеся психическими расстройствами.

Рассмотрим основные виды стихийных бедствий (по данным Ю.А. Александровского, П.И. Сидорова и др.):

1) Наводнение – временное затопление обширной местности водой в результате подъема ее уровня в водоеме, а также образования временных водотоков. Крупнейшим паводковым наводнением XIX-XX веков считается разлив рек в Китае (1887 г.), когда число жертв превысило 900 тыс. человек. Более 500 тыс. человек погибло в результате наводнения 12-13 ноября 1970 г. в районе островов и побережья Бенгальского залива, возникшего из-за нагонной волны высотой более 10 м.

Выделяют следующие виды наводнений:

А) Паводковые наводнения – быстрые, но сравнительно кратковременные поднятия уровня воды в водоеме вследствие таяния снега (ледников) в его бассейне, выпадения обильных осадков.

Б) Нагонные наводнения – возникают под действием ветра, задерживающего в устье реки, впадающей в море, притекающую сверху воду.

В) Цунами – морские волны сейсмического или вулканического происхождения.

2) Ураган (франц. ouragan) – ветер силой 12 баллов по шкале Бофорта, т. е. свыше 35 м/с.

Для измерения силы ветра в 1806 году Ф. Бофортом была предложена 12 бальная шкала для оценки силы ветра по его действию на наземные предметы и по волнению моря. Согласно данным шкалы Бофора, 0 баллов соответствует безветрию, 4 балла – умеренному ветру, 6 – сильному ветру, 10 – буре (шторму), а 12 баллов – урагану.

Ураганы подразделяются на пять категорий сложности по скорости ветра:

Первая категория – скорость ветра достигает до 150 км / ч;

Вторая категория – скорость ветра достигает 180 км / ч;

Третья категория – скорость ветра достигает 200 км / ч;

Четвертая категория – скорость ветра достигает до 230 км / ч;

Пятая категория – скорость ветра достигает 250 – 260 км / ч.

3) Смерч – атмосферный вихрь, возникающий в грозовом облаке и распространяющийся вниз, часто до самой поверхности Земли, в виде темного облачного рукава или хобота диаметром в десятки и сотни метров.

Тромбом или торнадо (в США) называют смерч над сушей.

Смерчи существуют недолго, перемещаясь вместе с облаком, приводят ко многим разрушениям и трагическим последствиям. Специалисты считают, что их число в последние десятилетия нарастает. Слабым называют смерч, если скорость ветра в нем не превышает 60 – 100 км / ч, сильным – 250 – 350 км / ч.

4) Землетрясения – подземные толчки и колебания земной коры, вызываемые чаще всего тектонической деятельностью. Согласно международной сейсмической шкале MSK-64, сила землетрясений может составлять от 1 до 12 баллов. Землетрясения интенсивностью в 1 балл регистрируются только сейсмическими приборами, от 6-7 баллов и выше приводят к нарушению нормальной жизни людей и связаны с опасностью для их здоровья и жизни.

Исследователи (Кекелидзе З., Тарас А.Е., Сельченок А.В., Лебедев В.И. и др.) выделяют три фазы, характеризующие психическое состояние населения города после землетрясения:

А) Состояние тяжелой психической депрессии, угнетения, ступора (первые 2-3 дня). Люди совершенно не реагируют на окружающее, с ними трудно вступить в контакт. Они бродят по развалинам, как будто разыскивая что-то, или сидят неподвижно у своих разрушенных жилищ.

Б) Проявление общего возбуждения (5-12 дней) продолжение менее выраженной психической депрессии у одних, беспокойства, расторможенности у других (у детей полное недержание мочи, у беременных – спонтанные аборты и преждевременные роды).

В) Сглаживание нервно-психических нарушений (от 10-12 дней до 2-3 месяцев) – появление интереса к окружающему, беспокойство за будущее, стремление приспособиться к жизни в новых условиях.

5) Пожар – неконтролируемый процесс горения, сопровождающийся уничтожением материальных ценностей и создающий опасность для жизни людей.

В районе пожара выделяют несколько зон:

А) Зона теплового воздействия: основным поражающим фактором является действие на организм высоких температур и, как следствие этого, возникновение ожогов.

Б) Зона задымления: люди страдают в основном от продуктов сгорания (дыма), многие из которых обладают повышенной токсичностью и могут вызвать отравления различной степени тяжести, а гипоксия способствует развитию состояния панического страха. В некоторых случаях продукты неполного сгорания (например, угарный газ) образуют с кислородом горючие и взрывоопасные смеси.

2. Экологическая катастрофа – особый вид катастроф, вызванных действием антропогенных факторов, которые привели к качественному изменению биосферы, оказывающему вредное воздействие на людей, животных, растительный мир и окружающую среду в целом.

К числу экологических катастроф относят: деградацию почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами (кадмий, свинец, ртуть, хром и др.), загрязнение атмосферы, электромагнитное и ионизирующее излучение, кислотные дожди, разрушение озонового слоя, смог и т. д. Глобальная урбанизация, резкое расширение масштабов хозяйственной деятельности человека является одной из причин деградации окружающей среды и повышения риска экологических катастроф. Вторая наиболее веская причина экологических катастроф техногенные ЧС, которые сопровождались существенными негативными изменениями биосферы.

3. Техногенная катастрофа – внезапный выход из строя машин, механизмов и агрегатов во время их эксплуатации, сопровождающийся серьезными нарушениями производственного процесса, взрывами, образованиями очагов пожаров, радиоактивным, химическим, биологическим заражением больших территорий, гибелью людей.

4. Социальные катастрофы – результат общественно-политической деятельности группы лиц (политических деятелей, партий, сообществ и др.) или

государственной власти, обусловивших снижение социально-политической стабильности в обществе или экономического благополучия населения, а в крайних случаях приведших к массовой гибели людей.

К категории социальных катастроф в первую очередь следует относить войны и военные локальные конфликты, сопровождающиеся ведением активных боевых действий, а также террористические акты и вовлечение в тоталитарные неокульты. Социальные катастрофы наиболее трагичны по своим масштабам и количеству жертв.

По данным Н.В. Тарабриной, начало систематических исследований постстрессовых состояний, вызванных переживанием природных и индустриальных катастроф, можно отнести к 50-60-м гг. прошедшего века. Полагая, что информация, полученная при изучении «гражданских» катастроф, может быть использована для оценки воздействие катастроф, связанных с войной (например, ядерная катастрофа), Национальная Академия наук США утвердила ряд исследований, в которых были сделаны попытки оценить адаптацию индивидов, переживших крупные пожары, газовые атаки, землетрясения и иные подобные катастрофы. Например, Блоч, Силбер и Перри в 1956 г. взяли интервью у 88 детей, которые пережили ураган в 1953 г. Результаты их исследования ясно продемонстрировали, что травматизированные дети, во многом подобно травматизированным взрослым, переживают вызванные травмой ночные кошмары, избегающее поведение, реакции испуга, раздражительность и повышенную чувствительность к травматическим стимулам.

Число работ по последствиям катастроф, которые выявляют наличие посттравматического стрессового расстройства (отсроченной реакции на травму), намного меньше, чем количество исследований, проведенных с ветеранами боевых действий. Н.В. Тарабрина приводит данные двух специально организованных в 1985 г. исследований, задачей которых было установление представленности ПТСР среди жертв урагана и наводнения. Обследование 114 жертв урагана проводилось с помощью расширенной версии симптоматического опросника Хопкинса [HSC] Хотя испытуемые заполняли методику через 5 меся-

цев после катастрофы, 69 человек (59,5 %) соответствовали критерию DSM-III для острого ПТСР.

Б. Грин с соавторами в 1990 г. предложили заполнить опросник 120 взрослым жертвам наводнения в Буффало Грик. Несмотря на то, что опрос проводился через 14 лет после наводнения, 34 человека (28,3%) соответствовали критерию для диагноза актуального ПТСР. Примечательно, что авторы смогли установить диагноз ретроспективно на основе данных интервью, проведенного в 1974 г. Впоследствии они установили, что 53 человека (44,2 %) могли бы соответствовать DSM-III-критерию для ПТСР в 1974 г.

4. Психология терроризма.

Террор – это насилие, имеющее целью вызвать состояние очень сильного страха (ужаса), возникающее как реакция на действия у лиц, в отношении которых они осуществляются, или же тех, кто является их свидетелем. Основой терроризма является насилие (Сидоров П.И.).

Главная цель террористов – привлечь к себе как можно больше внимания со стороны СМИ, чтобы иметь возможность обозначить и выдвинуть требования. Ответом на волну терроризма стало создание групп антитеррора: в СССР – «Альфа», в ФРГ – GSG-9, в США – «Дельта», во Франции – GIGN.

П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк отмечают, что любое насилие строится по определенной стандартной схеме: выдвижение требований – угроза насилия – осуществление насилия – ужас – неадекватные действия – новые волны страха – новые террористические акции.

Эксперты, изучающие феномен терроризма, выделяют шесть основных типов современного терроризма:

1. Национальный терроризм. Цель – формирование отдельного государства для своей этнической группы. Эксперты говорят, что именно террористы-националисты могут в процессе своей вооруженной борьбы сократить уровень применяемого ими насилия или, по крайней мере, соотнести его с действиями своих врагов. Это делается в основном для того, чтобы не утратить поддержку

своего этноса. Многие террористы-националисты утверждают, что они не террористы, а борцы за свободу своего народа. Типичные примеры - Ирландская Республиканская Армия и Организация Освобождения Палестины. Обе организации в 1990-х годах заявили, что они отказываются от террористических методов.

2. Религиозный терроризм. Цель – добиться немедленных и кардинальных перемен, часто на глобальном уровне. Религиозные террористы уверены, что их цели определены Господом. При этом объекты их нападений размыты и географически, и этнически, и социально. Этот тип терроризма развивается гораздо динамичнее остальных. Так, к середине 1990-х годов из 56 известных террористических организаций почти половина заявляла о религиозных мотивах. Масштаб их нападений часто гораздо больше, чем у «националистов» или идеологических экстремистов. Их враги – все, кто не является членом их религиозной секты или организации. В эту категорию террористов входит и «Аль-Каида» Усамы бен Ладена, японский культ «Аум Сенрике».

3. Терроризм с поддержкой государства. Цель – использование террористических групп в качестве способа ведения войны. Такие террористы опасны тем, что их ресурсы позволяют производить бомбардировки аэропортов. В настоящее время госдепартамент США считает Иран одним из основных спонсоров терроризма, однако в поддержке террористов обвиняются и Куба, Ирак, Ливия, Северная Корея, Судан, Сирия.

4. Терроризм левых экстремистов. Цель – уничтожить капитализм и заменить его коммунистическим или социалистическим режимом. Поскольку левые экстремисты обычно считают гражданское население жертвами капиталистической эксплуатации, они не часто прибегают к терактам против обычных граждан. Гораздо чаще они похищают богатых людей или взрывают различные «символы капитализма». Примерами таких групп могут служить немецкая Баадер-Мейнхоф, Японская Красная Армия и итальянские Красные Бригады.

5. Терроризм правых экстремистов. Цель – борьба с демократическими правительствами для замены их фашистскими государствами. Правые экстре-

мисты – обычно самые неорганизованные группировки – часто связаны с западноевропейскими неонацистами. Неофашисты нападают на иммигрантов и беженцев. По взглядам такие группы прежде всего расисты и антисемиты.

6. Терроризм анархистов. Цель – уничтожение существующего «несправедливого» общественного строя и установление «свободы», борьба с государственностью как таковой. Террористы-анархисты были глобальным феноменом с 1870-х по 1920-е годы. Пришедшие к власти в России в результате октябрьского переворота 1917 г. большевики были тесно связаны с анархизмом.

П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк выделяют пять сфер проявления терроризма:

1. Политический терроризм. Террористические действия разного рода, имеющие целью оказание влияния на политических лидеров, власти и проводимую ими политику, вынудить те либо иные политические действия или властные решения. В отдельных случаях политический терроризм направлен на устранение неугодных политических лидеров, в том числе и ради изменения политического строя в целом.

2. Информационный терроризм. Прямое воздействие на психику и сознание людей в целях формирования нужных мнений и суждений, определенным образом направляющих поведение людей; насильственное пропагандистское воздействие на психику, которое не оставляет человеку возможностей для критической оценки получаемой информации. Одним из основных инструментов информационного терроризма являются слухи (например, «слух-пугало» и «агрессивный слух»).

3. Социальный (бытовой) терроризм – это повседневное запугивание, с которым сталкиваемся на улице, в доме, общении (чаще всего эти явления не классифицируются как террористические). Это разгул уличной преступности, нарастающий криминалитет, общая социальная нестабильность и массовая бытовая неустроенность, а также реальное воздействие на жизнь и состояние здоровья людей, создание постоянной угрозы для них.

4. Экономический терроризм – различные дискриминационные экономические действия, имеющие целью оказание влияния на экономических конкурентов, социальные группы и слои населения и государства.

5. Психологический терроризм – вовлечение адептов в тоталитарные секты и формирование зависимого поведения посредством манипулирования личностью. Сидоров П.И. с соавторами отмечают, что психические расстройства у жертв религиозных культов и людей, подвергшихся террористическому воздействию в рамках единых этио-патогенетических механизмов и клинических проявлений, идентичны (наличие эпизодов измененных состояний сознания при реализации зависимости, непреодолимость зависимости, стереотипизация поведения, синдром отмены). С этой точки зрения, вовлечение в неокульты может рассматриваться как проявление терроризма.

Р.Е. Кайдаров в 2003 г. описывал два основных вида терроризма, присутствовавших в России:

1. Терроризм направленный – нацеленный на конкретный объект, чаще всего на конкретное физическое лицо.

2. Терроризм рассеянный – его жертвами становятся случайные люди. К актам рассеянного терроризма относятся групповые захваты заложников.

Описанные особенности терроризма охватывают практически всю жизнь человека. Они лишают жизни или угрожают ей. Различия в деталях не должны заслонять главного: терроризм – всегда насильственное воздействие на людей, преследующее цель запугать их и добиться от них реализации своих целей.

5. Эмоциональное, психологическое, физическое, сексуальное насилие как экстремальная ситуация.

Насилие в самом общем смысле – это принудительное воздействие на кого-(что-)нибудь или применение физический силы к кому-(чему-)либо.

П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк описывают следующие виды насилия:

1. Массовое (коллективное, групповое) организованное насилие, легитимированное государством («во имя общества»), осуществляют армия и полиция – специально для этого создаваемые людьми социальные институты. В крайних формах тоталитарной диктатуры такое насилие ведет к государственному терроризму.

2. Массовое стихийное, спонтанно возникающее насилие направлено против государства и общественных институтов (восстания, бунты). В крайних формах – в виде революций и разного рода переворотов – такое насилие подчас ведет к террору антигосударственному и даже антиобщественному.

3. Индивидуальное организованное насилие всегда основано на постулировании разных прав и разной ценности людей.

4. Индивидуальное стихийное насилие включает широкий круг явлений — от бытового хулиганства до издевательств начальника над подчиненным или убийства подчиненным начальника, от «дедовщины» в армии до бунта уголовников.

П.И. Сидоров с соавторами так же приводят следующие основания для классификации насилия:

1. По проявлению: явное или скрытое (косвенное).

2. По времени воздействия: происходит в настоящем или случилось в прошлом.

3. По длительности: единичное или множественное, длящееся годы.

4. По месту происшествия: 1) дома – со стороны родственников, 2) в школе – со стороны педагогов или детей, 3) на улице – со стороны детей или со стороны незнакомых взрослых.

5. По сфере воздействия насилие подразделяется на четыре типа.

1) *Физическое насилие* – любое неслучайное нанесение повреждений или применение физической силы в адрес другого человека. В работах Н.В. Тарабриной и П.И. Сидорова приводятся статистические данные о распространенности данного вида насилия в России.

Авторы многочисленных исследований подчеркивают, что при нападении незнакомого человека психологические последствия носят менее острый характер, чем в том случае, когда источником насилия выступают родные (близкие) люди. Для ребенка весь мир таков, каковы его родители. В случае домашнего насилия жертва чувствует, что ее предали, теряет ощущение безопасности, а мир для нее становится непредсказуемым. В норме семья воспринимается как безопасное место, а родители на бессознательном уровне рассматриваются как защитники, но если насильственные действия совершает родитель (или ребенок приходит к выводу, что родитель не может или не хочет его защитить), чувство безопасности исчезает, возрастает тревога, уменьшается способность доверять другим людям, появляется ощущение невозможности контролировать происходящее. Данное состояние осложняется наличием привязанности между жертвой и агрессором.

Жестокое обращение приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): ребенок испытывает подавленность, тревогу, гнев, беспомощность, страдает нарушениями сна, депрессией, имеет заниженную самооценку, склонен к резким переменам настроения и вспышкам агрессивности. Основными последствиями физического насилия являются отсутствие контроля над своей импульсивностью, снижение способности к самовыражению и отсутствие доверия к людям. Сразу после принуждения возникают состояния страха, а к отсроченным последствиям жестокого обращения относятся садистские наклонности.

2) *Сексуальное насилие* – использование человека без его согласия другим лицом для получения сексуального удовлетворения. Последствия сексуального насилия оказывают влияние в целом на психику, проявляются во взрослой жизни в форме психосоматических заболеваний, аддиктивного поведения (наркотики, алкоголь, лекарственные препараты, «уход» в работу, игру, шопинг и др.), различных нарушений, связанных с неприятием своего тела. Возможны нарушения в сексуальных отношениях с партнером, человек не может представить себе, что у него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети.

Р. Карсон описал динамику эмоциональных фаз при сексуальном насилии:

А) Фаза предвидения наступает до фактического насилия, когда жертва начинает понимать, что она в опасной ситуации. Для сохранения иллюзии неприкосновенности в первые минуты включается защитный механизм – отрицание («Со мной это не может случиться»).

Б) Фаза столкновения – начинается с признания истинных намерений насильника и заканчивается после состоявшегося акта. Первая реакция жертвы – страх за свою жизнь – влечет за собой полную неспособность к каким-либо действиям. Впоследствии человек, переживший насилие, испытывает чувство вины, что не смог отреагировать более активно.

В) Фаза посттравматической отдачи – начинается сразу после изнасилования. Здесь наблюдается два стиля эмоционального поведения: экспрессивный, при котором страх и тревога проявляются в плаче, рыданиях и беспокойстве, и контролируемый, при котором чувства скрываются под маской спокойствия, сдержанности и подавленности. Независимо от стиля, у большинства жертв усиливается чувство зависимости и вины.

Г) Фаза восстановления – начинается зачастую через много месяцев, когда происходит разделение переживания со значимым окружением и восстановления «Я». Для этой фазы типичны: действия самозащиты (изменение номера своего телефона, смена места жительства); ночные кошмары с повторными переживаниями изнасилования; развитие фобий: боязнь находиться в помещении или вне его (в зависимости от места, где произошло изнасилование), боязнь одиночества, толпы, преследования и сексуальные страхи.

П.И. Сидоров, Г.Б. Дерягин в 2008 г. выявили сезонность изнасилований. Н.К. Асанова описала специфику последствий сексуального насилия у дошкольников, младших школьников и подростков. Рядом авторов показано, что единственным специфичным для сексуального насилия последствием, не зависящим от возраста жертвы, является сексуализированное поведение – сексуально окрашенное поведение, не соответствующее возрасту и контексту отношений, в которых оно проявляется.

3) *Пренебрежение* – хроническая неспособность лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности человека в пище, одежде, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре. Люди, выросшие в условиях пренебрежения, часто демонстрируют низкую социальную компетентность, испытывают сложности в выполнении ежедневных бытовых обязанностей. Дети, развивавшиеся в таких условиях, отстают в развитии, но оно не обусловлено органическими причинами.

4) *Психологическое насилие* – паттерны поведения с унижением, оскорблением, издевательством и высмеиванием. Любой человек, переживший насилие, испытывает бессилие, замешательство, смущение и стыд, он обвиняет себя в том, что случилось, считая себя соучастником и виновником происшедшего. В глубине души некоторые осознают, что это не их вина, но большинство все-таки считают, что насильственное обращение с ними обусловлено их стилем одежды или поведением, характером или положением в семье.

У детей и подростков, переживших насилие, отмечались эмоциональные и поведенческие сложности: низкая самооценка, враждебность, агрессивность; склонность к поведению, направленному на саморазрушение; депрессия, низкие академические успехи Нарушения, возникающие после насилия, затрагивают все уровни человеческого функционирования. В *когнитивной сфере* – это выражается в нарушении восприятия и концентрации внимания, так как все мысли заняты травматическим опытом. В *познавательной сфере* – это неправильное восприятие продолжительности и последовательности событий, повторяющиеся, навязчивые воспоминания, трудности при усвоении новой информации. В качестве нарушений *эмоциональной сферы* рассматриваются страх, тревожность, депрессия, нарушение самооценки, злость, чувство вины и стыда. В *поведенческой сфере* наблюдаются агрессивность, злоупотребление алкоголем и наркотиками, суицидальное поведение. В *биологической сфере* отмечаются гипервозбудимость, соматические нарушения и т.д. В *сфере межличностных отношений* присутствуют сексуальные проблемы, проблемы в построении отношений, принятие роли жертвы или агрессора. Насилие приводит к

стойким личностным изменениям, препятствующим способности человека реализовать себя в будущем. Наблюдаются расстройства аппетита, сна; попытки самонаказания, множество соматических жалоб, а также непроизвольное воспроизведение травматических действий в поведении.

По данным П.И. Сидорова и соавторов, наиболее часто жертвами насилия становятся дети:

1) воспитывающиеся в условиях жестких отношений в семье, враждебно воспринимающие мир, готовые быть жертвами насилия со стороны сильных и сами проявлять насилие к слабым;

2) воспитывающиеся в условиях безнадзорности, заброшенности, эмоционального отвержения, не получающие достаточного ухода и эмоционального тепла, отстающие в психофизическом развитии;

3) легко внушаемые, не способные оценить степень опасности и сопротивляться насилию;

4) воспитывающиеся в обстановке беспрекословного подчинения, не умеющие сказать «нет», с нечеткими внутренними границами, делающими их неспособными сопротивляться насилию, боязливые и тревожные;

5) с дефицитом внимания и любви;

6) с психическими аномалиями (психопатии, олигофрении, последствия органических заболеваний ЦНС и черепно-мозговыми травмами), не способные адекватно оценить опасность ситуации;

7) маленькие дети в силу их беспомощности и недоношенные или с малым весом при рождении (такие дети обычно более раздражительны, больше плачут, менее привлекательны).

В работе Н.В. Тарабриной приводятся данные исследований посттравматического стрессового расстройства у жертв сексуального насилия. Она рассказывает, что в 1974 г. А. Барджес и Р. Холмстром опубликовали статью, освещающую «синдром травмы изнасилования». Их данные основаны на результатах ряда интервью, проведенных за более чем годичный период со 146 жертвами изнасилования. Авторы делают вывод о том, что жертвы изнасилования переживают острые и длительные фазы дистресса. Острая фаза характеризовалась общей физической болью в результате насилия, сильной головной болью, расстройствами сна, ночными кошмарами, болями в брюшной полости, нарушениями в генитальной области, страхом, злобой и виной. Долговременная фаза была связана с касающимися изнасилования ночными кошмарами, мыслями, избегающим поведением (46,6 % опрошенных), страхами и сексуальной дисфункцией. Килпатрик и коллеги осуществили сравнительный анализ симптомов болезни в течение периодов времени, следующих за изнасилованием. В процессе исследования авторы предлагали анкету 46 испытуемым, подвергавшимся изнасилованию, и 35 контрольным испытуемым. Тестирование проводилось на 6-10-й день после изнасилования и через 1, 3 и 6 месяцев. Анализ результатов показал, что уровень симтоматики для жертв изнасилования (т. е. на 6-10-й дни и через месяц) значительно превосходили данные, полученные для контрольной группы. Несмотря на то, что последующие различия совокупных значений анкеты незначимы, анализ несоответствия по всем вопросам показал, что жертвы изнасилования испытывают значительно более сильный страх отдельных, связанных с изнасилованием, стимулов (например, страх незнакомцев, страх находиться одному, страх незнакомых помещений и обнаженного человека).

Параллельно исследованиям, изучающим ПТСР в военной популяции, исследователи, занимающиеся изнасилованием, выдвинули предположение, что картина симптомов, появляющихся в результате насилия, также подходит для критерия ПТСР. Современные исследования показали, что жертвы изнасилований испытывают как кратковременные, так и долговременные психологические проблемы, такие как депрессия, страх и тревожность, психосоматические симптомы, сексуальная неудовлетворенность, навязчивые мысли, усугубление общей психопатологии. Дополнительное подтверждение ПТСР как диагноза, применимого к жертвам изнасилований, было представлено в 1989 году в работе, в которой ПТСР диагносцировалось в 28,6 % случаев обследования. Были изучены различные переменные в поисках их потенциального влияния на психопатологию у жертв изнасилований. Проверка взаимосвязи четырех факторов

психологической травмы у 326 жертв изнасилований, которые находились под наблюдением Кризисного центра жертв изнасилования, показала, что имеются два значимых компонента сексуального насилия. Первый компонент, «внезапный случай изнасилования», включает запугивание, которое использует нападающий, сопротивление, которое пытается оказать жертва и физические травмы. Второй компонент, «фактор жертвы», является сочетанием предшествующих изнасилованию жизненных стрессов и уровня социальной поддержки.

Первичными переменными, которые измерялись, были демографические характеристики жертвы, такие как возраст, семейное положение, социоэкономический статус (СЭС), образовательный уровень и предшествующий изнасилованию уровень адаптации и деятельности. Единственные значимые зависимости, обнаруженные в этой категории, были между возрастом, СЭС и психопатологией. При этом возраст и СЭС были факторами, способствующими депрессивной симптоматике, которая появилась через 12 месяцев после нападения, более пожилые и более бедные женщины испытывали большие трудности. Также обнаружено, что проблемы с физическим здоровьем и трудности в сексуальной сфере, предшествующие насилию, увеличивали вероятность появления депрессивной симптоматики через 4 месяца. Проблемы с физическим здоровьем до нападения также связаны с усугублением психопатологии через 12 месяцев после травмы. Обнаружено, что жертвы изнасилований с более низким уровнем СЭС испытывали большие страх и общий дистресс после нападения, чем жертвы с более высоким уровнем СЭС. В других работах не удалось обнаружить значимых кратковременных или долговременных взаимосвязей между демографическими переменными и психологическими проблемами.

В развитии дистресса, связанного с изнасилованием, значительную роль играют некоторые факты из истории жизни жертвы. Обнаружено, что предшествующие сексуальные оскорбления являются значимым фактором для возникновения дистресса после изнасилования: жертвы, которые ранее подвергались сексуальному насилию более депрессивны и более тревожны после изнасилования, чем жертвы, у которых раньше не было таких случаев.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Типологии чрезвычайных и экстремальных ситуаций: общий обзор.
2. Экстремальные ситуации военного времени, их субъекты. Факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной.
3. Боевые действия с позиции бойца. Факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной.
4. Экстремальные ситуации как следствия стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф. Факторы, определяющие восприятие ситуации как экстремальной.
5. Эмоциональное, психологическое, физическое, сексуальное насилие как экстремальная ситуация.
6. Психологические аспекты терроризма.
7. Экстремальные ситуации мирного времени.
8. Утрата (близких, жилья, имущества и т.д.) как экстремальная ситуация.
9. Психофизиологическая адаптация к экстремальным условиям.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Приведите пример экстремальной (чрезвычайной) ситуации, произошедшей в вашем регионе. Определите ее вид, пользуясь различными основаниями классификации.
2. Составьте таблицу, отражающую специфику воздействия на психику человека стихийных бедствий, техногенных катастроф и социальных катастроф. Дайте сравнительную характеристику их стрессогенности для пострадавших и специалистов, оказывающих помощь.
3. Приведите пример экстремальной ситуации «мирного времени»; обоснуйте причину определения этой ситуации как экстремальной.
4. На основе материалов пособия и дополнительной литературы разработайте краткие рекомендации по оказанию психологической помощи различным группам лиц, вовлеченных в военные действия.

5. Дайте краткую психологическую характеристику одного из экстремальных видов спорта. Возможны ли экстремальные ситуации видах спорта, которые традиционно не считаются экстремальными?

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

2. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

3. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

4. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

Дополнительная

1. Антипов В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: Владос-ПРЕСС, 2004. – 176 стр.

2. Карсон Р. Аномальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.

3. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

4. Марьин М.И. Психологическое обеспечение антитеррористической деятельности / М.И. Марьин, Ю.Г. Касперович. – М.: Академия, 2007. – 203 с.

5. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2005. – 464 с.

6. Ольшанский Д.В. Психология терроризма / Д.В. Ольшанский. – СПб.: Питер, 2002. – 288 с.

7. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.

8. Психология беженцев и вынужденных переселенцев: опыт исследований и практической работы / Под ред. Г.У. Солдатовой: Хрестоматия. – М.: Смысл, 2001. – 279 с.

9. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

10. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.

11. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

12. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ.проект, Трикста, 2005. – 128 с.

13. Соснин В.А. Психология суицидального терроризма: исторические аналогии и геополитические тенденции в XXI веке / В.А. Соснин. – М.: Форум, 2012. – 256 с.

14. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2007. – 272 с.

15. Тарас А.Е., Сельченок К.В. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – М. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

16. Франкл В. Человек в поисках смысла / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева; вст. ст. Д. А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

17. Чурсин А. Влияние экстремальной ситуации на спасателя [Текст] / А.Чурсин, Г. Неудахин, О. Наливаева. – М.: Изд-во АНАТР, 2005. – 56 с.

Тема 3. Экстремальные состояния: понятие и дифференциальная диагностика.

Лекционный материал

План:

1. Понятие экстремального состояния. Основные параметры экстремальных психических состояний.

2. Подходы к выделению экстремальных психических состояний (К. Изард, С.Л. Соловьева, П.И. Сидоров и др.).

3. Страх как первичное экстремальное состояние. Тревога и тревожность.

4. Аффект как первичное экстремальное состояние.

5. Паника как первичное экстремальное состояние.

6. Стресс, фрустрация и конфликт как составляющие экстремального состояния.

7. Динамика развития экстремальных состояний.

1. **Понятие экстремального состояния. Основные параметры экстремальных психических состояний.**

Как уже говорилось ранее, слово «экстремальный» означает «крайний, критический». Соответственно, экстремальное состояние – это состояние, психофизиологические параметры которого выходят за рамки повседневного функционирования.

Общей характеристикой для всех психических состояний являются 4 параметра (В.Ф. Сопов):

1. Активационные – отражают интенсивность психических процессов и детерминированы потребностно-мотивационной сферой. Континуум данного параметра состоит из двух полюсов: возбуждение и торможение.

2. Тонические – отражают ресурс сил, тонус индивида, наличие (отсутствие) энергии. Увеличенная готовность к работе, ощущение собранности характерно для повышенного тонуса, а низкая работоспособность, усталость, несобранность, склонность обнаруживать реакции астенического типа на трудные

жизненные ситуации свойственна пониженному тонусу. Континуум данного свойства образован полюсами: готовность к работе – утомление.

3. Тензионные – отражают степень напряжения и детерминированы характеристиками эмоционально-волевой сферы. Континуум этого параметра: раскованность, расслабленность, внутренний психологический комфорт или закрепощенность, внутренний психологический дискомфорт, вынужденность поведения.

4. Временные – отражают устойчивость и продолжительность состояния. Считается, что психические состояния по параметру продолжительности занимают промежуточное положение между психическими процессами и свойствами личности.

П.И. Сидоров с соавторами отмечают, что обязательным признаком экстремальных психических состояний является напряжение. В экстремальных условиях и в условиях эмоционально окрашенных ситуаций различают три эмоциональных состояния:

1. Эмоциональное возбуждение – сигнальная реакция нервной системы на различные психогенные воздействия.

2. Эмоциональное напряжение – это эмоционально окрашенное волевое усилие, направленное на решение мыслительной или двигательной задачи.

3. Эмоциональная напряженность – характеризуется временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, а также падением работоспособности, вызванным негативными или чрезмерными психогенными воздействиями. В ситуации бурных эмоциональных реакций и эмоциональной напряженности участок нервной ткани, в котором локализован очаг возбуждения, становится доминантным. Вследствие этого другие влияния временно не принимаются, поскольку господствующая доминанта их гасит. Это продолжается до тех пор, пока не иссякнет эмоциональное подключение временно господствующего доминантного очага. С прекращением эмоциональной напряженности способность к объективной оценке информации восстанавливается.

П.И. Сидоров с соавторами выделяют следующие показатели эмоциональной напряженности:

1) Выраженная мышечная скованность (непроизвольное напряжение многих групп мышц).

2) Высокая частота сердечных сокращений без физических нагрузок.

3) Обильный профузный пот, вызываемый не температурными, а эмоциональными воздействиями.

4) Выраженные вазомоторные реакции на лице, заметные изменения в диаметре зрачка.

5) Повышение позывов на диурез, резкое усиление работы кишечника и др.

6) Падение уровня психических познавательных процессов.

7) Ухудшение психомоторики.

Причины нарастания психической напряженности (по данным П.И. Сидорова и др.):

1) информационная неопределенность;

2) предвидение возможных аварийных ситуаций и умственное проигрывание соответствующих действий при их возникновении;

3) избыточная мотивация;

4) излишне нагнетаемое чувство ответственности за порученное дело;

5) выраженное ощущение серьезной опасности;

6) высокая тревожность и др.

Таким образом, экстремальное психическое состояние характеризуется существенными отклонениями от параметров нормального функционирования организма и психики. Информационная специфичность экстремального эмоционального состояния делает его исключительно важным для эффективности поведения и адаптации индивидуума к новым условиям жизнедеятельности.

2. Подходы к выделению экстремальных психических состояний (К. Изард, С.Л. Соловьева, П.И. Сидоров и др.).

В специализированной литературе можно условно выделить два подхода к определению экстремальных состояний:

1. Экстремальными считаются все состояния, возникающие в экстремальной ситуации. В рамках этого подхода экстремальные состояния так же определяются как сверхсильная выраженность состояний, которые, будучи умеренно выраженными, присутствуют в условиях нормальной жизнедеятельности.

2. Выделение конкретного перечня состояний, которые можно считать экстремальными («трудными»). Остановимся на данном подходе более подробно.

К. Изард в работе «Психология эмоций» среди многочисленных эмоционально-негативных состояний выделяет страх, аффект, фрустрацию и эмоциональный стресс.

С.Л. Соловьева в книге «Психология экстремальных состояний» экстремальные психические состояния подразделяет на:

1. Экстремальные состояния физиологического и психофизиологического уровня (страх, стресс, психическую травму).

2. Экстремальные состояния психологического и социально-психологического уровня (конфликт, фрустрацию, депривацию и кризис).

Р. Карсон и Дж. Батчер (книга «Аномальная психология») фрустрацию, конфликт и прессинг считают категорией стресса, а депривацию, кризис и психическую травму относят к его предрасполагающим факторам.

Следовательно, стресс, обозначаясь типичным эмоционально-психическим состоянием человека в экстремальных условиях, по форме протекания является фрустрацией или конфликтом, а фактором для его возникновения служит психическая травма, кризис или депривация, которые сами могут рассматриваться как этиологические модели различных состояний или расстройств. Также, по мнению П.И. Сидорова, А.В. Парнякова, страх выражается в виде стрессового состояния, паники, аффекта и др.

Таким образом, наиболее типичным эмоциональным состоянием человека в экстремальной ситуации является стресс, который формируется, развивается и протекает с участием многих других эмоциональных проявлений, к которым относится страх, аффект, паника, фрустрация, конфликт, кризис, депривация и психическая травма.

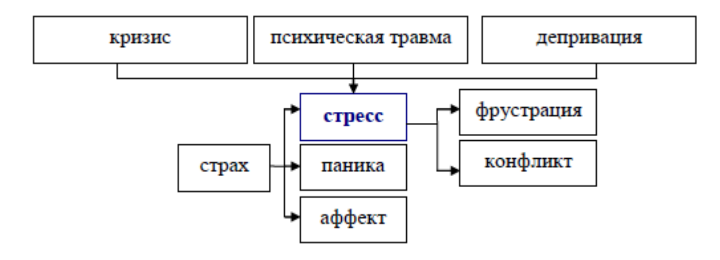


Рисунок 1 – Типичные эмоциональные состояния экстремальных ситуаций (по данным П.И. Сидорова с соавторами)

В последующих параграфах мы рассмотрим перечисленные экстремальные состояния более подробно.

3. Страх как первичное экстремальное состояние. Тревога и тревожность.

А. Кемпински, говоря о страхе, пишет: «Страх в мире человеческих переживаний – явление столь распространенное и имеет столько разных оттенков, что трудно решиться не только на попытку его объяснения, но даже его рациональной классификации. В каждом языке существует много определений для этого чувственного состояния».

По мнению А. Кемпински, негативные чувства, такие как страх, ненависть, враждебность, презрение отражают установку человека «от» окружающего мира, которая содержит в себе две возможности: либо «я уничтожу мир», либо «сам буду им уничтожен». Бегство и агрессия, а также соответствующие им чувства страха и ненависти стоят очень близко друг к другу.

По мнению П.И. Сидорова, страх – это отрицательная эмоция, возникающая в ситуации реальной или воображаемой опасности. Страх ощущается и воспринимается людьми как угроза личной безопасности.

Эмоция страха сама по себе вызывает страх, а переживание страха еще больше его усиливает, доводя до экстремальной стадии ужаса.

Ужас – это максимальная степень переживания страха, усиливающего самого себя за счет повторяющейся циркуляции этого переживания в психике.

Страх имеет две основные функции:

1) *Мотивация специфических когнитивных и поведенческих актов*, способствующих укреплению безопасности и чувству уверенности,

2) *Функция* адаптивной мотивации: страх заставляет человека искать способы защиты от возможного вреда. Предчувствие страха может стать импульсом для укрепления «Я», может побуждать индивида к самосовершенствованию с целью снижения собственной уязвимости.

По мнению С. Кьеркегора и Н. Балла, страх имеет двойственную природу реагирования. Корни двойственной природы лежат во взаимодействии мотива к бегству, обусловленного страхом, и мотива к приближению, исследованию, обусловленного интересом. Поведение индивида в ситуации страха зависит от того, какая из этих двух эмоций выражена сильнее, и от их взаимодействия с другими эмоциями. Страх может быть результатом когнитивной оценки ситуации как потенциально опасной (вспомните известную поговорку «У страха глаза велики»). Мыслительные процессы составляют самый обширный, самый распространенный класс активаторов страха. Его источником становится человек, предмет или ситуация.

А. Кемпински пишет, что у высших животных и у человека мобилизация организма при страхе осуществляется, главным образом, через сильную разрядку в вегетативно-гормональной системе. Эта разрядка иногда может быть столь сильной, что сама по себе приводит к смерти. Выражение, что кто-то «умер от страха» не является только фигуральным. Смерть без явной органической причины известна клиницистам и патологоанатомам. У так называемых примитивных народов встречаются случаи смерти, вызванные нарушением табу или проклятием колдуна. Это - «смерть Вуду», описанная, например, физиологом У. Кэнноном.

А. Кемпински предлагает разделить ситуации, вызывающие установку страха, на четыре группы: связанные с непосредственной угрозой жизни, с со-

циальной угрозой, с невозможностью осуществления собственного выбора активности и с нарушением существующей структуры взаимодействия с окружающим миром.

На основе этой классификации П.И. Сидоров с соавторами описывают четыре вида страха:

1) Биологический страх – вызывается ситуацией, угрожающей непосредственно жизни. Угроза может исходить извне или изнутри организма. Как выражение нарушения внутреннего равновесия, страх возникает, когда нарушается метаболический обмен организма со средой. Главным элементом этого обмена является кислород. Кислородная недостаточность, сильнее всего отражающаяся на нервной системе, возбуждает состояние страха при инфаркте миокарда, острой недостаточности кровообращения, бронхиальной астме, потере крови и т.п., а его усиление зависит от степени уменьшения доступа кислорода. Кроме недостатка кислорода страх вызывает жажда и голод. Единицами времени при депривации кислорода являются минуты, воды – часы, пищи – дни. Нарастание страха зависит от длины периода: чем короче период, тем быстрее нарастает страх.

2) Социальный страх. Человек не может жить и развиваться без других людей, а исключение его из социального мира (социальная смерть) равняется биологической смерти.

3) Моральный страх. Интеракция с окружением, исполнение определенных ролей и норм поведения, оценка самого себя соответственно реакции окружения влияют стабилизирующим образом на эмоциональное отношение к самому себе. Внезапное появление чего–либо вызывает страх, который будет возрастать прямо пропорционально исключительности ситуации.

4) Дезинтеграционный страх. Переживание страха сопровождается чувством неуверенности, незащищенности, невозможности контролировать ситуацию.

Перечень индикаторов страха включает в себя: мгновенное прекращение или постепенное угасание совершаемых действий, продолжительное оцепене-

ние, настороженность, реакция избегания или отстранения от раздражителя, серьезное или испуганное выражение лица и т.п. Длительные переживания страха вызывает изменения во всем организме: сердцебиение, учащенный пульс, приступы тахикардии. Возникает чувство сдавления в грудной клетке, удушье, боли в животе, кишечные спазмы, метеоризм, диспепсические расстройства, мышечные подергивания, дрожание и др.

Интенсивный страх создает эффект «туннельного восприятия», существенно ограничивая восприятие, мышление и свободу выбора индивида: человек перестает принадлежать себе, он движим единственным стремлением – устранить угрозу, избежать опасности.

Состоянием, тесно связанным со страхом, является тревога – ожидание неопределенной угрозы. В психологии принято разделять тревожность как свойство личности и тревогу как актуальное состояние.

Ф.Б. Березин выделяет последовательные стадии в формировании переживаний тревоги (тревожный ряд):

1. Ощущение внутренней напряженности, которое еще не имеет ярко выраженного оттенка угрозы, а служит лишь сигналом ее приближения, создавая тягостный душевный дискомфорт.

2. Гиперестезические реакции: на фоне нарастающей тревоги ранее нейтральные стимулы приобретают негативную окраску, раздражительность повышается.

3. Собственно тревога, которая является центральным элементом ряда. Появляется ощущение неопределенной угрозы с невозможностью предсказать время возникновения угрозы, невозможность определить ее характер; при этом неадекватная логическая переработка из-за недостатка информации может приводить к неправильному выводу.

4. Страх – тревога, конкретизированная на объекте; у субъекта создается представление о том, что тревогу можно устранить определенными действиями.

5. Ощущение неотвратимости надвигающейся катастрофы на фоне дальнейшего нарастания интенсивности тревожных расстройств.

6. Тревожно-боязливое возбуждение, когда психическая дезорганизация достигает своего максимума и возможность целенаправленной деятельности исчезает.

Г.С. Човдырова рассматривает тревожность в ряду особенностей личности спасателя, влияющих на успешность его профессиональной деятельности. При этом она говорит о двух видах тревожности:

1. *Повышенная тревожность личности* может приводить к тому, что человек порой реагирует на слабые стрессогенные факторы так же, как если бы они были более сильными. У некоторых личностей тревожность выступает как один из компонентов характера, как свойство темперамента.

2. *Реактивная тревожность* характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью, которые могут возникнуть у любого человека только в экстремальных условиях деятельности. У лиц, не склонных к личностной тревожности, реактивная тревожность возникает при накоплении утомления в этих условиях. Высокая реактивная тревожность вызывает иногда нарушения тонкой координации и внимания.

В работах других авторов в качестве синонима реактивной тревожности используется понятие «ситуативная тревожность». При этом ситуативная тревожность чаще понимается как состояние тревоги, а не как свойство личности.

Таким образом, основным различием тревог и страха является степень определенности угрозы, провоцирующей данное эмоциональное состояние. Конкретизация источника тревоги, перевод тревоги в страх может способствовать снижению интенсивности переживаний и оптимизации психофизиологического состояния человека.

4. Аффект как первичное экстремальное состояние.

А.Н. Леонтьев определяет аффект (от лат. affectus – душевное волнение, страсть) как эмоциональное состояние, для которого характерно бурное и относительно кратковременное протекание (ярость, гнев, ужас и т. п.).

П.И. Сидоров с соавторами так же определяют аффект как сильное и относительное кратковременное эмоциональное переживание, сопровождаемое резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями.

Возникновение аффекта связано с резко выраженными изменениями как произвольно-двигательной сферы (торможение или перевозбуждение, нарушение координации движений), так и сферы вегетативных реакций (изменение пульса и дыхания, спазма периферических кровеносных сосудов, появление холодного пота и др.). Аффект может нарушать нормальное течение высших психических процессов – восприятия и мышления, вызвать сужение, а иногда и помрачение сознания. Внешне аффект проявляется в резко выраженных движениях, бурных эмоциях, сопровождается изменениями в функциях внутренних органов, утратой волевого контроля.

Аффект возникает на произошедшее событие и сдвинут к его концу. Любая эмоция (положительная или отрицательная), чувство (позитивное или негативное) может переживаться в аффективной форме.

По мнению Л.С. Выготского, к возникновению аффекта приводит остроконфликтная ситуация, в которой индивид для спасения своей жизни должен действовать, но не знает, как и что делать. Одна и та же ситуация при равной неподготовленности людей или неожиданности для них у одного человека вызывает аффект, у другого не нарушает психическую деятельность.

А.Н. Леонтьев описывает две особенности аффекта:

1. При определенных условиях отрицательный аффект фиксируются в памяти в виде так называемых аффективных комплексов. Эти следы пережитых аффективных состояний способны актуализироваться под влиянием раздражителей, ассоциативно связанных с той обстановкой, которая вызвала аффект.

2. По мере повторения отрицательных аффектов, вызванных одними и теми же или сходными факторами, их проявление может усиливаться (явление «аккумуляции» аффекта), создавая иногда картину патологического поведения.

Аффект возникает резко, внезапно, в виде вспышки, порыва и может проявляться в виде следующих форм:

1. *Ажитация* сопровождается сильной беспорядочной двигательной активностью. В данном случае в ответ на раздражители, сигнализирующие об опасности для жизни, на первый план выступает беспокойство, тревога. Возбуждение выражается главным образом в суетливости, в возможности осуществлять только простые автоматизированные акты под влиянием попавших в поле зрения случайных раздражителей.

Мыслительные процессы при этом замедленны. Способность понимания сложных отношений между явлениями, требующая суждений и умозаключений, нарушается. У человека возникает чувство пустоты в голове, отмечается отсутствие мыслей. Появляются вегетативные нарушения в виде бледности, учащенного сердцебиения, поверхностного дыхания, потливости, дрожания рук и др. Нарушается восприятие времени и окружающей действительности, что вызывает затруднение понимания ситуации в целом. Осложняется процесс выбора действий, логичность и последовательность мышления. В результате чего создаются условия для «высвобождения» стереотипных, автоматизированных действий, не соответствующих сложившейся ситуации. Ажитированное состояние расценивается как предпатологическое состояние в границах психологической нормы и может восприниматься как растерянность.

2. *Ступор* проявляется в напряженной скованности позы, движений и речи. В условиях угрозы для жизни ступор характеризуется внезапным оцепенением, застыванием на месте в той позе, в которой человек находился в момент получения известия об аварии, катастрофе, стихийном бедствии и т.д.; при этом интеллектуальная деятельность сохраняется.

В литературе (Сидоров П.И. и др.) у состояния аффекта выделяют три характерных для него аспекта:

1. Энергетический компонент инстинктивного влечения («заряд» аффекта);

2. Процесс «разрядки»;

3. Восприятие окончательной «разрядки» (ощущение, эмоция, чувство).

При этом «заряд» аффекта имеет количественную оценку интенсивности, а процесс «разрядки» ощущается или воспринимается человеком в качественных категориях.

К.М. Гуревич и В.Ф. Матвеев пришли к выводу, что состояние аффекта в аварийных ситуациях тесно связано с индивидуальными особенностями нервной системы: лица, не обладающие достаточной силой процесса возбуждения или с преобладанием тормозного процесса, вероятнее всего, окажутся несостоятельными в сложных и экстремальных ситуациях.

Наличие сильных аффективных состояний во время совершения противоправных действий рассматривается законом как обстоятельство, снижающее меру ответственности за эти действия.

5. Паника как первичное экстремальное состояние.

С.Л. Соловьева определяет панику как временное переживание гипертрофированного страха, определяющее неуправляемое, нерегулируемое поведение людей (утрата критики и контроля), иногда с полной потерей самообладания, неспособностью к реагированию на призывы и изменения чувства долга и чести.

Большинство определений паники связано с проявлением массового страха перед реальной или воображаемой угрозой, состоянием периодического испуга, ужаса, нарастающих в процессе взаимного заражения ими. Это состояние, сопровождающееся резким ослаблением волевого самоконтроля, когда эволюционно примитивные потребности, прямо или косвенно связанные с физическим самосохранением, подавляют потребности, связанные с личностной самооценкой.

В основе паники лежит переживание беспомощности перед реальной или воображаемой опасностью, стремление любым путем уйти от нее, вместо того чтобы бороться с ней. Человек мечется, не понимая, что он делает, либо цепенеет, столбенеет, происходит потеря ориентации, нарушение соотношения между основными и второстепенными действиями, распад структуры действий и операций, обострение оборонительной реакции, отказ от деятельности и пр. Паника выражается в поспешности, неадекватности поступков, принятии оши-

бочных решений с выраженным стремлением избежать мнимой опасности, защитных мер в ситуациях реальной опасности

Классификация видов паники может осуществляться по нескольким основаниям. В работах С.Л. Соловьевой, П.И. Сидорова и других описываются следующие виды паники.

1. По масштабности (количеству людей, охваченных данным эмоциональным состоянием):

1) *индивидуальная паника* – подвержен один конкретный индивид;

2) *групповая* – охватывает от двух-трех до нескольких десятков и сотен человек (если они разрознены);

3) *массовая паника* вовлекает тысячи или гораздо больше людей. Массовой следует считать панику, когда в ограниченном, замкнутом пространстве (на корабле, в здании и пр.) ею охвачено большинство людей независимо от их общего числа.

2. Степень панического сознания определяется *глубиной* охвата. По данному признаку выделяется:

1) *легкая паника* – испытывается когда задерживается транспорт, при спешке, внезапном, но не очень сильном сигнале (звуке, вспышке и пр.). Человек способен сохранить полное самообладание и критичность. Внешне данная паника выражается легкой озабоченностью и напряжением мышц;

2) *средняя паника* – характеризуется значительной деформацией сознательных оценок происходящего, снижением критичности, увеличением страха и легкой подверженностью внешним воздействиям. Проявляется при небольших транспортных авариях, различных стихийных бедствиях, пожарах, если чрезвычайное происшествие находится близко, но не угрожает;

3) *полная паника* – выражается отключением сознания и невменяемостью. Наступает при чувстве большой явной или мнимой смертельной опасности. Человек полностью теряет сознательный контроль над своим поведением, бессмысленно мечется, совершает самые разнообразные хаотические действия, поступки, абсолютно исключающие критическую оценку и рациональность.

3. По *времени возникновения* панику делят на два основных типа:

1) паника, возникающая сразу *после экстремального воздействия* катастрофы, воспринимаемой как смертельная опасность;

2) паника *вследствие длительного пребывания в состоянии тревоги*, напряжения, приводящего к нервному истощению и фиксированию внимания на предмете тревоги.

4. По *длительности* паника может быть:

1) *кратковременной* (секунды и несколько минут),

2) достаточно *длительной* (десятки минут, часы),

3) *пролонгированной* (несколько дней, недель),

4) *непрерывной* (более 1 года). Непрерывная паника характеризуется не проецируемой вовне формой. Она проявляется вспышками отчаяния, озлобленности, опустошенности, депрессии, состоянием постоянной тревоги и напряженности.

В.А. Моляко отдельно выделяет существование *скрытой паники*. Данное состояние впервые было отмечено как феномен «постчернобыльской» паники, и сегодня распространяется на другие техногенные катастрофы, стихийные бедствия и террористическую угрозу

В соответствии с *деструктивными последствиями* паники выделяют ее типы:

1) паника *без* материальных *последствий* и психических деформаций;

2) паника *с разрушениями, физическими и выраженными психическими травмами*, утратой трудоспособности на непродолжительное время;

3) паника *с человеческими жертвами*, значительными нервными заболеваниями, срывами, инвалидностью и длительной утратой трудоспособности и материальными разрушениями.

Основными причинами развития паники являются:

1) состояние людей с гиперболизируемым страхом и ужасом;

2) внезапность появления угрозы для жизни, здоровья, безопасности (при пожаре, взрыве, аварии и т.п.);

3) длительные переживания, опасения, накопление тревоги, неопределенность ситуации, предполагаемые опасности, невзгоды;

4) полная психологическая неготовность к произошедшему событию.

5) отсутствие критичности при оценке ситуаций.

Психофизиологический механизм паники заключается в индукционном торможении больших участков коры головного мозга, предопределяющее понижение сознательной активности. В результате возникают неадекватность мышления, повышенная эмоциональность восприятия, гиперболизация опасности и резкое повышение внушаемости.

Механизм возникновения паники включает в себя четыре составляющие Соловьева С.Л., Сидоров П.И. и др.:

1. Включение «пускового сигнала» - столкновение человека с потенциально угрожающей ситуацией;
2. Воссоздание образа опасности, в том числе, на основе прошлого опыта.
3. Активизация защитной системы.
4. Паническое поведение.

П.И. Сидоров с соавторами отмечают, что возможности возникновения паники труднопредсказуемы, а динамический механизм развития можно представить как осознаваемую, частично осознаваемую или неосознаваемую цепь действий. В состоянии паники человек проявляет двигательную расторможенность либо цепенеет, столбенеет, происходит потеря ориентации, нарушение соотношения между основными и второстепенными действиями, распад структуры действий и операций, обострение оборонительной реакции, отказ от деятельности и пр. Данное реагирование вызывает и усугубляет тяжесть последствий ситуации

6. Стресс, фрустрация и конфликт как составляющие экстремального состояния.

Стресс, фрустрация и конфликт детально рассматриваются Ф.Е. Василюком в книге «Психология переживания». В соответствии с теорией Г. Селье,

стресс понимается как неспецифическая реакция организма на внешние и внутренние воздействия. Ряд авторов подчеркивает, что стресс развивается только в том случае, если эти воздействия превышают адаптационные возможности организма.

Конфликт (англ. conflict; от лат. conflictus – столкновение) – в психологии чаще всего понимается как актуализированное противоречие, столкновение противоположно направленных интересов, целей, позиций, мнений, взглядов субъектов взаимодействия или оппонентов и даже столкновения самих оппонентов. Сложности точного определения конфликта связаны не только с различиями дисциплинарных подходов, но и с чрезвычайно широким разнообразием самих конфликтов.

Понятие стресса, его виды и протекание будет детально анализироваться в следующей главе данного пособия. Конфликтам и конфликтному взаимодействию посвящено достаточно большое количество специализированных работ (Анцупов А.Я., Шипилов А.И., Гришина Н.В. и другие). В данном параграфе детально остановимся на феномене фрустрации.

С.Ю. Головин определяет фрустрацию как «психическое состояние переживания неудачи, возникающее при наличии реальных или мнимых непреодолимых препятствий на пути к некоей цели». Ф.Е. Василюк отмечает, что необходимыми признаками фрустрирующей ситуации согласно большинству определений (Нюттен Ж., Хилгард Е.Р., Аткинсон Р.К. и др.) является наличие сильной мотивированности достичь цель (удовлетворить потребность) и преграды, препятствующей этому достижению.

Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева выделяют два условия возникновения состояния фрустрации:

1) наличие потребности как источника активности, мотива как конкретного проявления потребности, цели и первоначального плана действия;

2) наличие сопротивления (препятствия-фрустратора).

Фрустрирующие ситуации принято классифицировать по характеру фрустрируемых мотивов и по характеру «барьеров». К классификациям пер-

вого рода Ф.Е. Василюк относит проводимое А. Маслоу различение базовых, «врожденных» психологических потребностей, фрустрация которых носит патогенный характер, и «приобретенных потребностей», фрустрация которых не вызывает психических нарушений.

Барьеры, преграждающие путь индивида к цели, могут быть физические, биологические, психологические и социокультурные. Т. Дембо внутренними барьерами она называла те, которые препятствуют достижению цели, а внешними – те, которые не дают испытуемым выйти из ситуации.

Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева говорят о следующих видах препятствий-фрустраторов:

1) пассивное внешнее сопротивление (наличие элементарной физической преграды, барьера на пути к цели; удаленность объекта потребности во времени и пространстве;

2) активное внешнее сопротивление (запреты и угрозы наказанием со стороны окружения, если субъект совершает или продолжает совершать то, что ему запрещают);

3) пассивное внутреннее сопротивление (осознаваемые или неосознаваемые комплексы неполноценности; неспособность осуществить намеченное, резкое расхождение между высоким уровнем притязаний и возможностями исполнения;

4) активное внутреннее сопротивление (угрызения совести).

Ф.Е. Василюк особое внимание уделяет состоянию фрустрированности. Он отмечает, что «в литературе по проблеме фрустрации мы не находим анализа психологического смысла этого состояния, большинство авторов ограничиваются описательными констатациями, что человек, будучи фрустрирован, испытывает беспокойство и напряжение, чувства безразличия, апатии и утраты интереса, вину и тревогу, ярость и враждебность, зависть и ревность и т. д. Сами по себе эти эмоции не проясняют нашего вопроса, а кроме них у нас остается единственный источник информации – поведенческие «следствия» фрустрации, или фрустрационное поведение».

Обычно выделяют следующие виды фрустрационного поведения:

1) двигательное возбуждение – бесцельные и неупорядоченные реакции;

2) апатия;

3) агрессия и деструкция;

4) стереотипия – тенденция к слепому повторению фиксированного поведения;

5) регрессия.

Х.Ф. Беттхер выделяет две группы реакций на фрустрацию:

1. Поведенческие реакции, которые остаются в пределах нормы. В данном случае препятствие усиливает мотивацию достижения либо приводит к пересмотру ситуации в целом.

2. Неадекватные поведенческие реакции, которые включают: 1) агрессию, 2) «смещенную» агрессию, в том числе, аутоагрессию и 3) отказ от цели и использование рационализации.

Н. Майер подчеркивает, что «поведение фрустрированного человека не имеет цели, то есть что оно утрачивает целевую ориентацию». Э. Фромм полагает, что фрустрационное поведение (в частности, агрессия) «представляет собой попытку, хотя часто и бесполезную, достичь фрустрированной цели. К. Гольдштейн, наоборот, утверждает, что поведение этого рода не подчинено не только фрустрированной цели, но вообще никакой цели, оно дезорганизовано и беспорядочно. Он называет это поведение «катастрофическим».

Ф.Е. Василюк полагает, что категориальное поле понятия фрустрации задается категорией деятельности. Это поле может быть изображено как жизненный мир, главной характеристикой условий существования в котором является трудность, а внутренней необходимостью этого существования – реализация мотива. Деятельное преодоление трудностей на пути к «мотивосообразным» целям – «норма» такой жизни, а специфическая для него критическая ситуация возникает, когда трудность становится непреодолимой, т.е. переходит в невозможность.

Уровень фрустрации, который испытывает человек, зависит от ряда факторов:

1) От силы, интенсивности фрустратора.

2) От функционального состояния человека, попавшего во фрустрационную ситуацию.

3) От сложившихся при становлении личности устойчивых форм эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Наибольшую значимость имеет не ситуация как таковая, а субъективное восприятие человеком этой ситуации, его готовность к ней. Соответственно, одна и та же ситуация может выступать для различных людей как нормальная, затруднительная либо фрустрационная.

О фрустрации как следствии чрезвычайных ситуаций говориться в работах Г.М. Бреслава. Он пишет, что при изучении опосредствующей роли специфических эмоций при оценке рисков как типа технологических катастроф, так и типа естественных страданий, были выделены три группы эмоций:

1) основанные на возможной будущей потере (страх и беспокойство);

2) основанные на нарушении конкретных норм (гнев, обида, чувство вины);

3) основанные на уже состоявшейся потере (фрустрация, печаль, сожаление).

Результаты исследования показали, что эмоции первой и третьей группы опосредствуют влияние познавательных решений на профилактические действия и помощь людям, страдающим от этих рисков, в то время как вторая группа эмоций опосредствует такие тенденции к действию, как агрессия и месть (Бохм, Пфистер). Тем самым было показано, что эмоции выступают посредником между восприятием ситуации риска и соответствующими поведенческими тенденциями.

7. Динамика развития экстремальных состояний.

В научной литературе принято выделять стадии (фазы) реакции на психологическую травму. М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянин описывают четыре стадии в динамике психофизиологического состояния

лиц, подвергшихся воздействию травматического события (стихийного бедствия):

1. Острый эмоциональный шок;

2. Психофизиологическая демобилизация;

3. Стадия разрешения;

4. Стадия восстановления.

П.И.Сидоров, И.Г. Мосягин, С.В. Маруняк говорят о трех фазах реагирование человека на разнообразные воздействия катастроф:

1. Фаза страха – связана с общей мобилизацией человека, изменением восприятия времени; воспоминания о данной фазе практически отсутствуют.

2. Фаза эйфории – период кратковременного облегчения состояния, приподнятое настроение, повышенная речевая активность.

3. Фаза расстройств – невротических и психосоматических, в некоторых случаях – патохарактерологического развития личности.

В одном из наиболее детализированных описаний указывается, что психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы:

1. Фаза психологического шока – содержит два основных компонента:

1) Угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности;

2) Отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

2. Воздействие – характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение – эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе.

3. Заключительная. Возможны два варианта развития данной фазы: а) выздоровление – отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам; б) фиксация на травме и последующий переход постстрессового состояния в хроническую форму.

Фиксация переживаний на той или иной стадии способствует развитию посттравматического стрессового расстройства. Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей.

Ю.С. Шойгу, ссылаясь на работы Национального института психического здоровья (США), описывает четыре стадии психических реакций жертв:

1. Героическая фаза – начинается непосредственно в момент катастрофы и длится несколько часов, для нее характерны альтруизм, героическое поведение, вызванное желанием помочь людям, спастись и выжить. Ложные предположения о возможности преодолеть случившееся возникают именно в этой фазе.

2. Фаза «медового месяца» – наступает после катастрофы и длится от недели до 3-6 месяцев. Те, кто выжил, испытывают сильное чувство гордости за то, что преодолели все опасности и остались в живых. В этой фазе пострадавшие надеются и верят, что вскоре все проблемы и трудности будут разрешены.

3. Фаза разочарования – обычно длится от 2 месяцев до 1-2 лет. Сильные чувства разочарования, гнева, негодования и горечи возникают вследствие крушения различных надежд.

4. Фаза восстановления – начинается, когда выжившие осознают, что им необходимо налаживать быт и решать возникающие проблемы самим, и берут на себя ответственность за выполнение этих задач.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Понятие экстремального состояния. Подходы к выделению экстремальных психических состояний.

2. Общая характеристика воздействия опасности на психику, поведение и деятельность человека.

3. Первичные психические состояния при воздействии экстремальной ситуации: страх, аффект, паника.

4. Страх: понятие и виды страха; страх и тревога.

5. Понятие и формы аффекта.

6. Паника: понятие, виды, механизмы развития.

7. Фрустрация и конфликт как составляющие экстремального состояния.

8. Динамика развития экстремальных состояний.

9. Психофизиологическое состояние в условиях боя.

10. Психофизиологическое состояние жертв стихийных бедствий, аварий, катастроф.

11. Психофизиологическое состояние спасателей и ликвидаторов последствий стихийных бедствия, аварий, катастроф. Радиационная («чернобыльская») паника.

12. Психофизиологическое состояние жертв насилия.

13. Психофизиологическое состояние терминальных больных и их родственников.

14. Проблема готовности специалиста-психолога к работе с экстремальными состояниями.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Дайте сравнительную характеристику различных подходов к выделению экстремальных состояний. Можно ли считать какой-либо из подходов наиболее обоснованным?

2. На основе дополнительной литературы подготовьте сообщение о видах и динамике конфликтов. В каких случаях конфликт может рассматриваться как экстремальное состояние.

3. На основе статьи М.М. Решетникова «Уфимская катастрофа» опишите экстремальные состояния различных субъектов описываемой ЧС.

4. На основе дополнительной литературы разработайте алгоритм предотвращения и прекращения паники (на примере 3-4 видов паники).

5. Предложите рекомендации по предупреждению развития экстремальных состояний у специалистов различного профиля, работающих в ЧС.

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

2. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

3. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

4. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

Дополнительная

1. Антипов В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: Владос-ПРЕСС, 2004. – 176 с.

2. Бреслав Г.М. Психология эмоций [Текст] / Г.М. Бреслав. – М.: Академия, 2006. – 544 с.

3. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) [Текст] / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МУ, 1984. – 200 с.

4. Гришина Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришина. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 544 с.

5. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия / А. Кемпински. – М.: Совершенство, 1998. – 318 с.

6. Киршбаум Э.И. Психические состояния [Текст] / Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева. - Владивосток: Наука, 1990. – 126 с.

7. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса [Текст] / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 2000. – 368 с.

8. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

9. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

10. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.

11. Психические состояния / Сост. и общая редакция Л.В. Куликова. – Спб.: Питер, 2001. – 512 с.

12. Решетников М.М. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей [Текст] / М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянов // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 476 – 481.

13. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.

14. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

15. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ. проект, Трикста, 2005. – 128 с.

16. Тарас А.Е., Сельченок К.В. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – М. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

17. Чурсин А. Влияние экстремальной ситуации на спасателя [Текст] / А. Чурсин, Г. Неудахин, О. Наливаева. – М.: Изд-во АНАТР, 2005. – 56 с.

Тема 4. Стресс как основная составляющая экстремальных состояний.

Лекционный материал

План:

1. Понятие и теории стресса.
2. Виды стресса.
3. Стадии развития стресса.
4. Факторы развития стрессовых состояний и последствия стресса.
5. Понятие и факторы стрессоустойчивости.
6. Способы (стратегии) совладания со стрессом.
7. Специфика протекания стресса в экстремальной ситуации.

1. Понятие и теории стресса.

Первоначально понятие стресса возникло в физиологии для обозначения неспецифической реакции организма в ответ на любое неблагоприятное воздействие. Основоположником учения о стрессе является лауреат Нобелевской премии физиолог Ганс Селье (1907 – 1982). В 1936 г. он опубликовал первые наблюдения о больных, страдающих расстройствами различных систем организма. У всех таких больных наблюдалась потеря аппетита, мышечная слабость, повышенное артериальное давление, утрата мотивации к достижениям. Г. Селье обозначил эти симптомы как «синдром просто болезни», показав, что при этом в организме у многих людей наблюдаются однообразные нарушения: изменения в коре надпочечников (увеличение размеров, кровоизлияния), истощение лимфоидной ткани (лимфатических узлов, тимуса), изъязвление желудка. Для описания совокупности всех неспецифических (не свойственных организму в норме) изменений внутри организма он ввел понятие «стресс».

Стресс (англ. stress – напряжение) – особое состояние организма человека, возникающее в ответ на сильный раздражитель. Чаще всего под стрессом понимают реакции именно на негативные воздействия внешней среды, что находит свое отражение в определениях, которые дают этому феномену различные исследователи.

Пытаясь понять, каким образом стресс воздействует на организм, Г. Селье обратился к понятию гомеостаза, ранее описанному другим физиологом, У.Б. Кэнноном и сформировал учение об общем адаптационном синдроме, выделяя две реакции на вредные воздействия внешней среды:

1. Специфическая (конкретная болезнь со специфической симптоматикой);
2. Неспецифическая (характерная для любого заболевания, проявляющаяся в общем адаптационном синдроме).

В настоящее время стресс принято рассматривать как неспецифическую реакцию организма и психики, превышающие адаптационные возможности человека.

Наиболее существенным недостатком в теории Г. Селье является отрицание ведущей роли центральной нервной системы в происхождении стресса. Г. Селье и его последователи показали, что синдром ответной физиологической реакции на стресс представляет универсальную модель защитных реакций, направленных на сохранение целостности организма, и одинаков как для человека, так и для животных. Но в отличие от животных, у человека физиологическая реакция может определяться не только непосредственным присутствием стрессора, но и его психологическим воздействием на личность. Таким образом, по отношению к человеку специфика стресса состоит в сознательной переработке отрицательных эмоций с участием механизмов психологической защиты личности.

Естественным продолжением теории Г. Селье является теория эмоционального стресса Р. Лазаруса, которая проводит разделение системного (физиологического) и психического (эмоционального) стресса. Эмоциональный стресс выступает как ответ организма на внутренние и внешние процессы, при котором физиологические и психологические способности напрягаются до уровней, близких к пределу или их превышающих. В рамках данной теории различия между физиологическим и эмоциональным стрессом объясняются непосредственным воздействием неблагоприятных факторов на организм при физиологическом стрессе и опосредованным (через включение отношения человека к си-

туации) неблагоприятным воздействием при эмоциональном стрессе. Таким образом, при эмоциональном стрессе прямого повреждающего воздействия на организм может и не быть.

Дж. Эверли и Р. Розенфельд также считали, что в превращении большинства раздражителей (внешних или внутренних) в стрессоры определенную роль играет эмоциональная и мыслительная оценка данных стимулов. Если раздражитель не интерпретируется как угроза или вызов по отношению к личности, то стрессовая реакция вообще не возникает.

Таким образом, большинство стрессовых реакций, испытываемых людьми, на самом деле, по мнению Дж. Эверли и Р. Розенфельда, создаются ими самими и длятся столько, сколько им разрешат.

2.Виды стресса

На сегодняшний день не существует единой классификации стрессов. Рассмотрим наиболее распространенные из них.

1. Виды стресса можно классифицировать на основании воздействующих стрессоров. Стрессоры – разнообразные воздействия, приводящие к развитию нежелательного функционального состояния – стресса.

а) стрессоры физиологические – чрезмерная физическая нагрузка, высокая или низкая температуры, болевые стимулы и т.д.

б) стрессоры психологические – факторы, действующие сигнальным значением: угроза, опасность, информационная перегрузка и т.д.

Каждый из стрессоров провоцирует соответствующий вид стресса:

1) Физиологический стресс вызывается физическими стимулами – жар, холод, голод и т.д. Физиологический стресс возникает в результате воздействия раздражителя через какой-либо сенсорный или метаболический процесс. Например, удушье или слишком сильные физические нагрузки приобретают роль стрессоров, провоцирующих физиологический стресс.

2) Психологический стресс подразделяют на информационный и эмоциональный.

А) Информационный стресс – возникает при информационных перегрузках, когда человек вынужден выполнять большое количество задач, оперировать большим объемом информации, принимать множество решений – и при этом он высоко заинтересован в выполнении данной работы, но объем информации, которую необходимо перерабатывать, превышает его возможности.

Б) Эмоциональный стресс развивается в ситуации угрозы, обиды и т.п. или же наоборот, в ответ на чрезвычайно радостное событие, а также в так называемых конфликтных ситуациях, когда сталкиваются противоречивые потребности и мотивы человека. Обязательным атрибутом эмоционального стресса, сигналом, указывающим на недостаточность функциональных резервов человека для преодоления угрозы, является тревога. Она определяется как чувство опасения или ожидания, связанного с возникновением или перспективой блокады актуальной потребности человека (фрустрации) и реализует важнейший неотъемлемый механизм эмоционального стресса. Связывание чувства тревоги с угрозой, имеющей конкретное содержание, обозначается как страх. В целом тревога и страх являются основными признаками напряжения механизмов психической адаптации, стимулами, активизирующими адаптационные механизмы на поиск выхода из стрессовой ситуации.

Современные взгляды на стресс отличаются условностью полного разделения физиологического стресса и стресса эмоционального. В физиологическом стрессе всегда есть психические элементы и наоборот. Каков бы ни был стресс, эмоциональный или физиологический, один вид часто служит источником другого: эмоциональный стресс неизменно влечет за собой физиологический, а сильный физиологический стресс может повлиять на эмоциональное состояние. Образующийся круг взаимоподкреплений усложняет решение проблемы, особенно при длительном или хроническом стрессе.

2. В зависимости от интенсивности и времени воздействия стрессора выделяют:

1) Острый стресс (острое стрессовое расстройство) – стрессовая реакция организма и психики на стрессор значительной интенсивности, воздействие ко-

торого ограничено во времени. В данном случае происходит резкая мобилизация всех ресурсов организма. При этом изменения в организме и психике носят преимущественно функциональный характер, то есть, достаточно быстро восстанавливается исходный уровень функционирования систем.

2) Хронический стресс – стрессовая реакция организма и психик на стрессор умеренной интенсивности, воздействие которого является пролонгированным (или периодически повторяющимся через малые промежутки времени). В данном случае наблюдается постоянная мобилизация всех ресурсов организма, приводящая к его истощению.

3. В зависимости от последствий стресса для человека выделяют:

1) Эустресс – «полезный стресс» в терминологии Г. Селье. Он развивается, если присутствуют следующие факторы:

А) Низкая длительность / интенсивность стрессора;

Б) Положительный эмоциональный фон;

В) Ресурсы для преодоления стресса;

Г) Одобрение действий человека со стороны социума;

Д) Наличие опыта решения подобных ситуаций.

2) Дистресс – «вредный стресс» в терминологии Г. Селье. Он развивается, если присутствуют:

А) Большая длительность / интенсивность стрессора;

Б) Негативный эмоциональный фон;

В) Недостаток ресурсов для преодоления стресса;

Г) Осуждение действий человека со стороны социума;

Д) Отсутствие опыта решения подобных ситуаций.

Однако разделяя стресс и дистресс следует помнить, что все эмоционально-стрессовые состояния, связанные с отрицательными переживаниями (неразрешенные конфликты, потеря близкого человека), обозначающиеся как «дистресс», имеют ослабляющую, деструктивную силу. Но и в этой ситуации стресс нельзя назвать вредным. Ведь именно стрессовая реакция дает человеку силы, которые он может использовать для преодоления трудной ситуации (аврал на работе, возможность убежать от грабителя). Поэтому нельзя говорить, что стресс, развивающийся в ответ на хорошие события полезен, а на плохие – вреден. Граница между полезным и вредным стрессом порой бывает очень зыбкой. Так, избыток положительных эмоций тоже может закончиться срывом, если оставить их без контроля.

4. В зависимости от способа переживания человеком стресса, Ю.С. Шойгу с соавторами выделяют следующие типы стрессовых реакций:

1) Стресс кролика – пассивная реакция на стресс, при которой человек способен только на короткое время активизировать свои немногочисленные силы. Наиболее типичным способом поведения является избегание стрессовой ситуации или полный отказ от какой-либо активности.

2) Стресс льва – бурная и энергичная реакция на стресс, имеющая агрессивный или активно-оборонительный характер. Наиболее типичное поведение направлено на прекращение действия стрессора, зачастую, путем его устранения.

3) Стресс вола – длительное сохранение работоспособности на пределе функциональных возможностей организма и психики. Типичное поведение – игнорирование стрессоров и попытки справится с решаемой задачей во что бы то ни стало.

Любая из приведенных классификаций является достаточно условной, поскольку большинство стрессоров являются комплексными и вызывают разнообразные ответы организма и психики.

3.Стадии развития стресса

Разработав теорию стресса, Г. Селье выделил в нем три фазы:

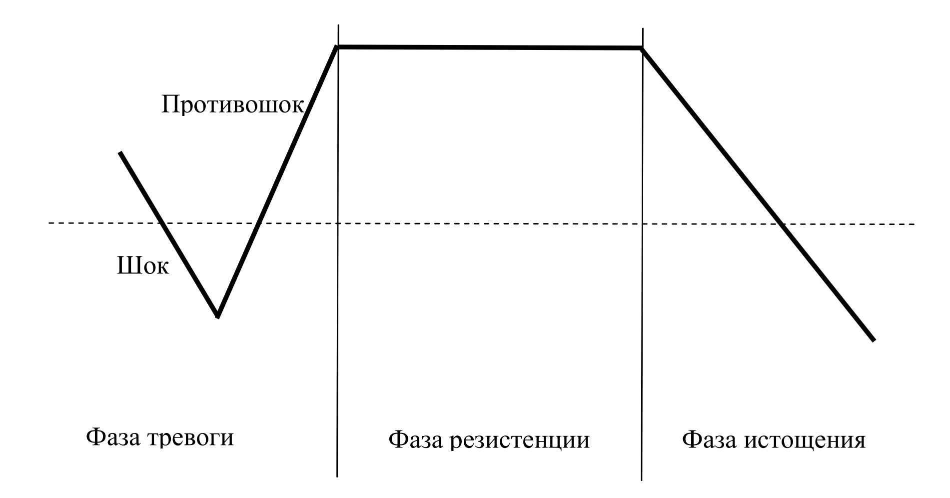


Рисунок 2 – Фазы развития стресса

Фаза А. Реакция тревоги («аварийная»).

Организм меняет свои характеристики под влиянием стресса. Если стрессор очень сильный, стресс может наступить и на этом этапе. Реакция тревоги длится в среднем 24-48 часов. На этой стадии реагируют висцеральные системы: кровообращение, дыхание, управляемые ЦНС с широким вовлечением гормональных факторов, в частности, гормонов мозгового вещества надпочечника (катехоламинов), что в свою очередь сопровождается повышенным тонусом симпатической системы.

Традиционно в стадии тревоги выделяют фазу шока и противошока. Как только мозг воспринимает опасность, в кровь в большом количестве выбрасываются гормоны тревоги, сердце бьется быстрее, кровь от внутренних органов устремляется к тем частям тела, которым предстоит действовать (мышцы туловища, рук и ног), печень вырабатывает больше сахара, чтобы обеспечить мышцы энергией. Ресурсы организма расходуются неэкономно, здесь все ставится на карту в попытке добиться цели любой ценой. Эти, а также другие сложные изменения обычно возникают мгновенно и соответствуют фазе шока. Поскольку чрезмерный избыток гормонов и энергии, а также функционирование систем

органов «на износ» являются угрозой для жизнедеятельности организма, довольно быстро на смену шоковой фазе приходит фаза противошока, при которой активизируются первые механизмы, снижающие воздействие стресса.

Таким образом, биологический смысл стадии тревоги заключается в максимальной мобилизации адаптационных ресурсов организма, быстром приведении человека в состояние напряженной готовности – готовности бороться или бежать от опасности.

Фаза В. Реакция сопротивления (резистентности). Признаки тревоги почти исчезают, уровень сопротивляемости поднимается значительно выше нормального. Снижается интенсивность гормональных сдвигов, постепенно выключается ряд систем и органов, первоначально вовлеченных в реакцию. В ходе этой фазы приспособительные реакции организма постепенно переключаются на более глубокий тканевый уровень, гормональный фон видоизменяется, усиливают свое действие гормоны коры надпочечников – «гормоны адаптации». Все изменения, происходящие на этой стадии адаптационного синдрома, можно считать обратимыми, поскольку прекращение воздействия стрессора возвращает организм в состояние нормы.

Фаза С. Реакция истощения. Если истощение не наступает, то в третьей фазе организм приобретает неспецифическую и специфическую резистентность – устойчивость организма. Если стрессор действует длительно, силы организма постепенно истощаются, вновь проявляется реакция тревоги, которая обратима. В данном случае можно говорить о дистрессе, в результате которого развиваются реактивные состояния, провоцируются эндогенные заболевания. Энергия организма оказывается исчерпана, физиологическая и психологическая защиты оказываются сломленными. Человек не имеет больше возможности сопротивляться стрессу. Помощь может прийти только извне – либо в виде поддержки, либо в виде устранения стрессора. На этой стадии происходят стойкие дезадаптивные нарушения, и, если стрессор продолжает действовать, организм может погибнуть.

Как отмечает Ю.С. Шойгу, многие современные авторы описывают эмоциональные субсиндромы стресса. Они, следуя один за другим в определенном порядке, сопровождают фазы развития стресса физиологического.

1) Эмоционально-поведенческий субсиндром: острые стрессовые реакции, такие как плач, истерика, проявление агрессии и другие. По своей сути данные реакции являются защитными и направлены на выживание. Сознание сужается, человек отбрасывает ненужные детали – так ему легче бороться за жизнь. Тем не менее, острые стрессовые реакции в ряде случаев могут приводить к летальному исходу (например, человек в состоянии двигательного возбуждения может выброситься из окна горящего дома).

2) Вегетативный субсиндром: при активизации всех физиологических систем наступает мобилизация, сопровождающаяся повышением внимания, активностью. Нагрузки, даже частые, протекающие на этой стадии, приводят к тренировке организма, повышению его стрессоустойчивости.

3) Когнитивный субсиндром (субсиндром изменения мыслительной активности при стрессе) – заключается в активации различных видов мышления. Например, для быстрого решения задач активизируется так называемое дискурсивное мышление. Активация декомпозиционного мышления приводит к упрощению реальной картины мира, и человек действует, не осознавая опасности и не думая о возможном поражении. Инсайтное мышление позволяет быстро находить нестандартные решения.

4) Социально-психологический субсиндром (субсиндром изменения общения при стрессе) – заключается в изменении типа общения и своего социального статуса (за счет активации внутренних ресурсов «слабый» человек может стать лидером и повести за собой людей).

Первые два субсиндрома адаптационной активизации являются более общими по сравнению с двумя последними, обусловленными индивидуально-личностными особенностями людей, проявляющимися в стрессовых ситуациях.

Таким образом, можно сделать вывод, что даже единичный, кратковременный стресс – явление чрезвычайно сложное, затрагивающее все уровни

функционирования организма, начиная от физиологического и заканчивая психологическим. От работы организма на каждом из этих уровней зависит успешность преодоления человеком стресса.

4. Факторы развития стрессовых состояний и последствия стресса.

Факторы, оказывающие влияние на развитие стрессовых состояний многочисленны и неоднозначны. Важными компонентами здесь являются:

1. Характеристики стрессового события. Стрессовые события могут различаться по следующим признакам:

а) частота возникновения;

б) длительности воздействия;

в) интенсивность воздействия на человека;

г) знак эмоциональной окрашенности.

2. Интерпретация человеком стрессового события. Как уже было отмечено, ситуация становится для человека источником стресса только в том случае, если субъективно оценивается им как стрессовая. Например, расторжение брака может восприниматься одним человеком как трагедия, крушение всей его жизни, а другим как освобождение от обязательств.

3. Прошлый опыт человека. Для каждого существуют закрепившиеся в результате прошлого опыта установки о том, какие ситуации являются наиболее опасными и стрессовыми. Примером может служить особенность, которую часто называют «синдромом отличника». А герой фильма «Назад в будущее» Мартин полностью теряет самообладание, если его называют трусом.

4. Осведомленность (информированность) о ситуации. Часто событие становится стрессовым для конкретного человека, если оно субъективно оценивается им как угрожающее, непредсказуемое по своим последствиям. Особенно усиливается степень стрессового воздействия в тех случаях, когда событие является неожиданным, внезапным. Наличие у человека знаний, умений и навыков, позволяющих ему справиться с ситуацией, способствует интерпретации потенциально стрессового события как нейтрального, либо имеющего незначи-

тельное стрессовое воздействие. В психологии руда известен случай, когда моряк, запертый в результате аварии в отсеке подводной лодки, был уверен, что все погибли и совершил самоубийство. Группа спасателей проникла в этот отсек уже спустя несколько минут после трагедии.

5. Личностные особенности, определяющие степень стрессоустойчивости человека (тревожность, самооценка, уровень субъективного контроля и другие).

Таким образом, наличие стрессора само по себе еще не обусловливает развитие стрессовой реакции.

Последствия воздействия стресса на человека принято разделять на две группы:

1. Положительные. К ним относят:
1) Повышение уровня стрессоустойчивости (жизнестойкости) личности;
2) Личностный рост;
3) Реализация потребности в острых ощущениях.
2. Отрицательные:
1) Переутомление и истощение;
2) Ухудшение выполнения задачи;
3) Нарушение когнитивных функций;
4) Развитие отсроченных стрессовых реакций.

Степень выраженности последствий стресса во многом определяется уровнем стрессоустойчивости человека.

5.Понятие и факторы стрессоустойчивости.

Во всех живых организмах есть механизмы устойчивости к различного рода стрессам. Вследствие познания этих механизмов возможна выработка адекватных методов реабилитации, способных поднять устойчивость человека к воздействию стрессовых факторов (стрессоустойчивость).

Стрессоустойчивость – это способность человека эффективно справляться со стрессогенным воздействием с привлечением внешних и внутренних ресурсов. Понятием, близким к стрессоустойчивоти, является жизнестойкость.

Факторы, определяющие стрессоустойчивость человека, принято разделять на две группы.

1. Физиологические факторы.

1) Возраст человека. По данным ряда авторов, максимальная стрессоустойчивость приходится на возрастной период от 20-25 до 45-50 лет (при условии отсутствия других отягчающих обстоятельств, таких как хронические болезни или вредные привычки).

2) Состояние здоровья и отсутствие вредных привычек.

3) Тип нервной системы. Люди со слабым типом нервной системы менее устойчивы к стрессу. У крайних типов (холериков, меланхоликов) адаптация к воздействию стрессоров не является стойкой. Рано или поздно факторы, воздействующие на психику, приводят к развитию неврозов, которые характеризуются дезорганизацией как психических, так и вегетативных функций. Как правило, у меланхоликов стрессовые реакции чаще всего связаны с возбуждением конституции, например, тревогой или испугом, фобией или невротической тревожностью, характеризуются нервозностью и бессонницей. У холериков типичная стрессовая реакция – гнев, страх неудачи и потери контроля, боязнь совершить ошибку. У флегматиков под действием стресса снижается активность щитовидной железы, замедляется обмен веществ и может повышаться содержание сахара в крови. Наблюдается состояние «умственной тяжести», вялости, пересыпания. Сильная нервная система сангвиников позволяет им легче всех справляться со стрессом.

4) Гормональные особенности. Люди с пониженным уровнем кортизола в крови менее подвержены воздействию стресс-факторов. Данная особенность наблюдается и у животных.

2.Психологические особенности. В работах В.А. Бодрова, Л.В. Китаева-Смыка, Ю.С. Шойгу называются следующие личностные черты, обусловливающие повышенную стрессоустойчивость:

1) Уровень самооценки. Чем выше самооценка, ощущение важности своего существования, тем больше стрессоустойчивость. Однако это не распространяется на неадекватно завышенную самооценку.

2) Уровень субъективного контроля (характеристика степени независимости, самостоятельности и активности человека в достижении своих целей, его личной ответственности за свои действия и поступки). Люди с внутренним локусом контроля (интерналы) считают, что способны влиять на ситуацию, они занимают позицию «Я – не жертва» и берут ответственность за происходящее в свои руки. Тем самым они менее подвержены стрессовым влияниям, чем люди с внешним локусом контроля (экстерналы), которые воспринимают ситуацию как результат внешних обстоятельств и, соответственно, более уязвимы.

3) Уровень личностной тревожности (устойчивой склонности воспринимать круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги). Тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности, поддерживающая инстинкт самосохранения. При этом высокая личностная тревожность тесно связана с наличием невротического конфликта, с эмоциональными срывами и психосоматическими заболеваниями. Поэтому открытость, интерес к изменениям и отношение к ним не как к угрозе, а как к возможности развития на фоне адекватного уровня личностной тревожности приводит к повышению стрессоустойчивости.

4) Баланс мотивации достижения и избегания. Люди, мотивированные на достижение чего-либо, легче переносят стрессовую ситуацию, чем люди, мотивированные на избегание неудач.

Таким образом, характер протекания стрессовой реакции зависит от многих факторов, важнейшими из которых являются личностные особенности и физиологические параметры организма человека.

6. Способы (стратегии) совладания со стрессом.

На сегодняшний день принято выделять два стиля реагирования на негативные события, то есть на стрессоры.

1. Проблемно-ориентированный стиль – в данном случае человек ищет способ справиться со стрессором как таковым: устранить его или уменьшить

степень его воздействия. В качестве инструмента совладания со стрессом в данном случае выступают копинг-стратегии и копинг-поведение в целом.

Понятие «копинг» ввел Р. Лазарус для обозначения способности человека справляться со стрессом. Копинг – это индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией, в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Соответственно, копинг-стратегии – это конкретный способ управления стрессирующим фактором, возникающий как ответ личности на воспринимаемую (реальную или кажущуюся) угрозу.

Существуют различные классификации копинг-стратегий. Распространенным является выделение следующих видов:

1) <u>Копинг, ориентированный на саму ситуацию</u>

А) активное влияние на ситуацию;

Б) бегство от травмирующей ситуации;

В) пассивность переживания

2) <u>Копинг, ориентированный на лучшее понимание ситуации</u>

А) поиск информации;

Б) вытеснение информации

3) <u>Копинг, ориентированный на оценку</u>

А) переоценка, переосмысление событий;

Б) изменение цели жизни

Д. Амирхан выделяет три типа копинг-статегий:

1) Разрешение проблем;

2) Поиск социальной поддержки;

3) Избегание проблем.

Использование копинг-стратегий, как правило, сопровождается положительными эмоциями (радость, воодушевление и т.д.). Результатом их использования становится успешное совладание со стрессом.

2. <u>Субъективно-ориентированный стиль</u> – выражается в том, что человек пытается снизить эмоциональный дискомфорт и напряжение, связанные с воз-

действием стрессора. В качестве инструмента в данном случае используются механизмы психологической защиты (вытеснение, отрицание, регрессия, рационализация, сублимация, реактивное образование, проекция, замещение и другие). Ведущей эмоцией в данном случае выступает тревога, а наиболее вероятный исход – дезадаптация. С подробным описанием психологических защит и механизмами их действия можно познакомиться в работе Р.М. Грановской «Элементы практической психологии».

7.Специфика протекания стресса в экстремальной ситуации.

В поведении человека в экстремальных ситуациях выделятся несколько типичных этапов:

1. Подготовительный этап. Содержание этого этапа носит познавательный характер. Индивид накапливает определенную информацию об условиях предстоящей жизнедеятельности. В зависимости от индивидуальных особенностей личности и уровня мотивации познавательное поведение может носить активно-целенаправленный или пассивный характер. Данный период проявляется, если человек предвидит наступление экстремальной ситуации, а в скоротечных катастрофах он не выражен.

2.Этап начального психического напряжения (фаза тревоги). На данном этапе происходит начало запуска механизма адаптации. Нарастание эмоциональных переживаний, формирующих состояние напряженности и тревоги, активизирует деятельность организма. В целях организации нового уровня психической деятельности включается внутренняя мобилизация психических и физиологических ресурсов.

3.Этап острых психических реакций входа характеризуется первичной дезадаптацией. Личность начинает испытывать на себе влияние психогенных факторов измененных условий существования. Основными из этих факторов являются неожиданность ситуации, ее непредсказуемость и отсутствие опыта конструктивного решения проблем. Человек начинает испытывать фрустрирующее влияние среды. Наблюдается рост напряжения, индивид теряет контроль над ситуацией и своим поведением. Если уровень напряженности превысит индивидуальный порог толерантности до того, как перестроившаяся система психических реакций позволит личности найти конструктивные пути выхода из ситуации и обеспечит успешную адаптацию, то наступает дезадаптация, крайней формой которой являются психотические расстройства. Иногда проясходят такие явления как бегство от ситуации или агрессия.

4.Этап завершающего психического напряжения. На этом этапе происходит «подготовка» психики к возвращению к нормальной жизни. В этот период появляются симптомы тревожности, напряженности, вызванные ожиданием возвращения к привычной жизни.

5.*Этап острых психических реакций выхода* подобен этапу реакций входа, и ввязан с перестройкой комплекса психических реакций и всей психической деятельности.

6.Этап выхода характеризуется эйфорией, ощущением полной свободы и неограниченных возможностей.

Итак, стресс имеет свои позитивные и негативные стороны. Главным полезным свойством стресса является, разумеется, его природная функция адаптации человека к новым условиям. Стресс становится вредным, когда он слишком сильный или длится слишком долго.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Понятие стресса в психологии и физиологии.
2. Теории стресса.
3. Виды стресса. Ограничения существующих классификаций.
4. Стадии развития стресса.
5. Факторы развития стрессовых состояний.
6. Понятие, виды, факторы развития стрессоустойчивости.
7. Специфика протекания стресса в экстремальной ситуации.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Дайте сравнительную характеристику психологического и физиологического подходов к пониманию стресса (с указанием критериев сравнения).

2. На примере конкретных ситуаций объясните, почему одно и то же событие является стрессогенным не для всех его участников.

3. Приведите пример стрессогенной ситуации, в которой вы оказывались. К развитию каких видов стресса она привела?

4. Предложите рекомендации по повышению стрессоутойчивости спасателей, сотрудников полиции, практикующих психологов, других категорий специалистов. Необходимо дать рекомендации как общего характера, так и специфические для данной профессии.

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

2. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

3. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. для студ. вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

4. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

Дополнительная

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. [Текст] / В.В. Бойко – М.: Филинъ, 1996. – 472с.

2. Бодров В.А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.

3. Бреслав Г.М. Психология эмоций [Текст] / Г.М. Бреслав. – М.: Академия, 2006. – 544 с.

4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) [Текст] / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МУ, 1984. – 200 с.

5. Киршбаум Э.И. Психические состояния [Текст] / Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева. - Владивосток: Наука, 1990. – 126 с.

6. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса [Текст] / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 2000. – 368 с.

7. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

8. Психические состояния / Сост. и общая редакция Л.В. Куликова. – Спб.: Питер, 2001. – 512 с.

9. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.

10. Садковой В.П. Сравнительная характеристика симптоматики стрессовых расстройств у представителей пожарных и других профессий [Текст] / В.П. Садковой// Право и безопасность. – 2004. - № 3. – С. 212-215.

11. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 66 с.

12. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

13. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ.проект, Трикста, 2005. – 128 с.

14. Тарас А.Е., Сельченок К.В. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – М. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

15. Чурсин А. Влияние экстремальной ситуации на спасателя [Текст] / А. Чурсин, Г. Неудахин, О. Наливаева. – М.: Изд-во АНАТР, 2005. – 56 с.

16. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции [Текст] / Ю.В. Щербатых. – СПб.: Питер, 2006. - 256 с.

Тема 5. Острое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика.

Лекционный материал

План:

1. Понятие и формы острого стрессового расстройства.
2. Основные признаки острого стрессового расстройства.
3. Этапы развития ОСР
4. Типичные состояния при ОСР

1. **Понятие и формы острого стрессового расстройства.**

Острое стрессовое расстройство (другое название – аффективно-шоковая реакция) – это состояние умственной и физической дезорганизации (Малкина-Пых И.Г.), возникающее в ответ на психотравмирующее событие. А.Н. Моховиков и Е.А. Дыхне определяют травму как одноразовое, интенсивное и потрясающее всю душу переживание, которое не может абсорбироваться (поглощаться) и «метаболизироваться» (до конца прорабатываться) психикой.

Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г., описывая острое стрессовое расстройство с клинической точки зрения, относят его к реактивным психозам, наряду с истерическими психозами, психогенными депрессиями, психогенными маниями и психогенными параноидами.

Ю.С. Шойгу определяет острое стрессовое расстройство как «нормальную реакцию на ненормальную ситуацию». Соответственно, ОСР – это быстро проходящее расстройство значительной степени тяжести, возникающее у людей без психических отклонений в ответ на психологический или физиологический стресс, исключительный по своей интенсивности. Г.В. Старшенбаум в качестве наиболее тяжелых стрессоров выделяет: боевые действия, катастрофы, пожар, несчастный случай, присутствие при насильственной смерти другого, пытки, изнасилование, разбойное нападение.

Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г. отмечают, что острые шоковые реакции на стресс описывались К. Клейстом в 1917 г. под названием «психозы ужаса»

(Schrackpsychosen), но в литературе фигурируют также такие определения, как эмотивный шок, острые аффектогенные реакции, кризисные реакции, реакции экстремальных ситуаций. Во всех этих случаях речь идет о транзиторных расстройствах значительной тяжести с резкими эндокринными и вазомоторными сдвигами, развивающихся у лиц без психической патологии в экстремальных условиях. В качестве реализующих стрессовых факторов выступают ситуации, опасные для жизни или благополучия, - стихийные бедствия (землетрясения, наводнения), экологические катастрофы, аварии, пожары, кораблекрушения, события боевой обстановки (артиллерийский обстрел, атаки противника), приводящие к большим разрушениям, вызывающие смерть, ранения, страдания большого числа людей. Чувствительность к стрессовым воздействиям повышается у астенизированных лиц, людей пожилого возраста и при соматических заболеваниях.

Сидоров И.П. с соавторами отмечают, что при остром стрессовом и посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР) стрессор необычно силен (вызывает интенсивный страх) и часто представляет собой угрожающую жизни ситуацию: разрушение дома, вид сцены убийства человека или нанесения ему увечий, физическое насилие. При посттравматических расстройствах реакция индивида обычно заключается в интенсивном страхе, беспомощности или ужасе. Острое стрессовое расстройство определяет симптомы, продолжающиеся от двух дней и до четырех недель (по версии Г.В. Старшенбаума – до 60 дней). Сохранение симптомов приведет к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР).

Смулевич А.Б., Ротштейн В.Г. различают две формы острых реакций на стресс:

1. Гиперкинетическая форма – соответствует реакции «двигательной бури» по Э. Кречмеру: поведение человека теряет целенаправленность; на фоне быстро нарастающей тревоги, страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать (фугиформная реакция). Ориентировка в окружающем наруша-

ется. Продолжительность двигательного возбуждения невелика, оно, как правило, прекращается через 15 – 25 мин.

2. Гипокинетическая форма – соответствует реакции «мнимой смерти» по Э. Кречмеру. Для нее характерны состояния резкой двигательной заторможенности, доходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Люди обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство. Продолжительность ступора от нескольких часов до 2 – 3 дней. Переживания, относящиеся к острому периоду психоза, обычно амнезируются. По выходе из острого психоза наблюдается выраженная астения, длящаяся до 2 – 3 недель.

2. Основные признаки острого стрессового расстройства.

В МКБ-10 острая реакция на стресс рассматривается в рубрике F43.0. В соответствии с МКБ-10, ОСР – это транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных).

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу. Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора – F44.2), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражители или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия (F44.0) эпизода. Если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза (и ведения больного).

Для постановки диагноза «острое стрессовое расстройство» по МКБ-10 должна быть установлена обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики (качало обычно немедленное или через несколько минут). Кроме этого, симптомы:

а) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

б) прекращаются быстро (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Этот диагноз не может быть использован для обозначения внезапных экзацербаций симптомов у лиц, уже имеющих симптомы, которые отвечают критериям любого психического расстройства, исключая таковые в F60 - (специфические расстройства личности). Однако, предшествующее психическое расстройство в анамнезе не делает неадекватным использование этого диагноза.

Включаются в диагноз: нервная демобилизация; кризисное состояние; острая кризисная реакция; острая реакция на стресс; боевая усталость; психический шок.

Для постановки диагноза острого стрессового расстройства индивид должен удовлетворять следующим критериям DSM-IV:

1. Человек был подвергнут воздействию травмирующей ситуации, в которой были соблюдены оба следующих условия: он пережил, стал свидетелем или столкнулся с событием, которое подразумевало фактическую смерть, или ее угрозу, или серьезную травму, или угрозу физической целостности либо его самого, либо других. Реакция человека подразумевает также чувство сильного страха, беспомощности или ужаса.

2. Во время или вслед за прискорбным событием у человека обнаружены три (или больше) диссоциативных симптома:

1) Субъективное ощущение торможения, отстраненности или отсутствия эмоциональной отзывчивости.

2) Снижение ориентации в окружающей обстановке (например, «пребывание в оцепенении»).

3) Дереализация.

4) Деперсонализация.

5) Диссоциативная амнезия (то есть неспособность вспомнить важный аспект травмы).

3. Человек постоянно, вновь и вновь, переживает травму, что проявляется хотя бы в одном из следующих симптомов: рекуррентное восстановление картины травмы, мысли, сны, иллюзии, «обратные кадры» или ощущение повторного переживания происшествия, или стойкий дистресс при напоминании о травматическом событии.

4. Человек явно избегает стимулов, которые возбуждают воспоминания о травме (например, мыслей, чувств, разговоров, занятий, мест или людей).

5. У человека наблюдаются явные симптомы тревоги или повышенного возбуждения (например, нарушения сна, раздражительность, плохая концентрация внимания, повышенная настороженность, преувеличенная реакция испуга, двигательное беспокойство).

6. Дисфункции, возникшие вследствие травмы, вызывают клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или какой-то иной важной области функционирования или нарушают способность индивида выполнить важную задачу, как, например, заручиться необходимой помощью или мобилизовать личностные ресурсы, рассказав членам семьи о травматическом переживании.

7. Нарушение длится как минимум 2 дня и максимум – 4 недели; оно возникает в пределах 14 недель с момента травмирующего события.

8. Нарушение не связано с прямыми физиологическими действиями химических веществ (например, с наркоманией, приемом медикаментозных препаратов) или с общесоматическими состояниями; оно не объясняется с позиции кратковременного психотического расстройства и не является простым усугублением предшествующего расстройства.

Сидоров П.И. с соавторами отмечают, что около 50-90 % пострадавших после несчастья или серьезного инцидента людей имеют клинические проявления острой стрессовой реакции (стрессовый шок). Если ситуация неострая или пострадавшие не случайные люди, а лица, прошедшие обучение по выходу из стрессовой реакции, частота развития симптоматики значительно меньше.

Общие клинические проявления стрессовой реакции (Сидоров П.И. и др.).

1. <u>Вегетативная дисфункция</u>:

1) поверхностное дыхание, чувство удушья;
2) сердцебиение, тахикардия;
3) потливость или чувство холода, влажные руки;
4) сухость во рту;
5) ощущение дурноты, головокружение;
6) тошнота, диарея, другие симптомы нарушения функций ЖКТ;
7) приступы жара или озноб;
8) частое мочеиспускание;
9) затрудненное глотание, «ком в горле».

2. <u>Эмоциональные и поведенческие нарушения:</u>

1) тревожность и страх, эйфория;
2) гнев, раздражительность;

3) апатия, депрессия;

4) чувство вины;

5) чувство отчужденности;

6) нарушение сна;

7) усиление подозрительности;

8) изменение поведения (по сравнению с индивидуальной нормой);

9) трудности в общении с окружающими;

10) гиперактивность, невозможность переключения внимания (от анализа сложившейся критической ситуации) и отдыха;

11) склонность к затеванию споров;

12) снижение работоспособности;

13) увеличение количества выкуриваемых сигарет и, возможно, употребления алкоголя.

3. Изменение когнитивных функций:

1) заторможенность;

2) проблемы с памятью и концентрацией внимания;

3) трудность в принятии решений;

4) рассеянность;

5) утрата объективности в оценке происходящего.

4. Физическое напряжение:

1) тремор, мышечные подергивания, дрожь;

2) напряженность и болезненность в разных группах мышц;

3) психомоторное возбуждение;

4) астения.

К типичным специфическим клиническим проявлениям стрессовой реакции относят следующие

1. Социальное отчуждение

2. Сужение кругозора, неприятие других точек зрения

3. Дезориентация

4. Враждебность или вербальная агрессивность

5. Отчаяние или чувство безнадежности

6. Бесцельная сверхактивность

7. Неконтролируемая или чрезмерная скорбь

8. Диссоциативный ступор, психогенная амнезия

Таким образом, существуют общие признаки острого стрессового расстройства, отмечаемые всеми исследователями. Однако существуют различия в постановке диагноза ОСР.

3. Этапы развития ОСР

И.Г. Малкина-Пых описывает динамику состояний людей, оказавшихся в психотравмирующей ситуации, следующим образом:

1. Острый эмоциональный шок – характеризуется общим психическим напряжением с преобладанием чувства отчаяния и страха при обостренном восприятии.

2. Психофизиологическая демобилизация – существенное ухудшение самочувствия и психоэмоционального состояния с преобладанием чувства растерянности, панических реакций, понижением моральных норм поведения, уменьшением уровня эффективности деятельности и мотивации к ней, депрессивными тенденциями. На этом этапе степень и характер психогенных нарушений во многом зависят не только от самой экстремальной ситуации, ее интенсивности, внезапности возникновения, продолжительности действия, но и от особенностей личности пострадавших, а также от сохранения опасности и от новых стрессовых воздействий.

3. Стадия разрешения – постепенно стабилизируется настроение и самочувствие, однако сохраняются пониженный эмоциональный фон и контакты с окружающими ограниченны. У человека, пережившего экстремальный стресс, происходит сложная эмоциональная и когнитивная переработка ситуации, оценка собственных переживаний и ощущений. При этом актуальность приобретают также травмирующие психику факторы, связанные с изменением жизненного стереотипа. Становясь хроническими, эти факторы способствуют фор-

мированию относительно стойких психогенных расстройств. Их особенностью является наличие выраженного тревожного напряжения, страха, различных вегетативных дисфункций, порождающих впоследствии психосоматические нарушения. У переживших экстремальную ситуацию значительно снижается работоспособность, а также критическое отношение к своим возможностям.

4. Стадия восстановления – активизируется межличностное общение.

Схожим образом описывает развитие острого стрессового расстройства Г.В. Старшенбаум. Он выделяет следующие этапы:

1. В начале воздействия стрессора наблюдаются переживания ужаса, отчаяния, глубокое аффективное сужение сознания, затрудняющее контакт с окружающими, двигательная заторможенность или бесцельное метание, а также вегетативные расстройства: бледность или покраснение кожи, потливость, сердцебиение, непроизвольное выделение мочи и кала.

2. В течение первого часа после начала воздействия стрессора развивается состояние, для которого характерны: отход от ожидаемого социального взаимодействия, сужение внимания, очевидная дезориентировка, гнев или вербальная агрессия, отчаяние или безнадежность, неадекватная или бессмысленная гиперактивность, неконтролируемая и чрезмерная грусть.

3. При смягчении или удалении стресса симптомы ослабевают не ранее чем через 8 часов, а при сохранении стресса – не ранее чем через 48 часов. Воспоминания об этом периоде не сохраняются, т. е. наступает ретроградная амнезия, которая по своим психодинамическим механизмам является диссоциативной. Острая реакция на стресс длится от 2-х до 60 дней.

Сидоров П.И. с соавторами полагают, что жертвы крупных экстремальных происшествий часто испытывают «синдром катастрофы», который является первичной реакцией, возникающей в ходе травматического переживания. Он состоит из трех стадий:

1. Стадия шока, когда человек пребывает в оглушенном, ошеломленном и апатичном состоянии;

2. Суггестивная стадия, на которой индивид склонен к пассивности и внушаемости, проявляет готовность следовать указаниям спасателей или других лиц;

3. Стадия восстановления, когда пострадавший пребывает в напряжении, выказывает боязливость и генерализованную тревогу, но постепенно восстанавливает психологическое равновесие, обнаруживая потребность рассказывать о катастрофическом событии.

Повторяющиеся кошмары и характерное желание рассказывать одну и ту же историю о бедствии являются механизмами снижения тревоги и десенсибилизации в отношении травматического переживания. Напряжение, боязливость и гиперсензитивность соответствуют резидуальными последствиями шоковой реакции и отражают в сознании человека то, что мир вдруг может стать опасным и полным угроз. Клиническая картина осложняется наличием глубокой скорби и депрессии. Если человек чувствует, что его несостоятельность способствовала потере близких людей, картина может осложниться чувством вины.

4. Типичные состояния при ОСР

По данным М.А. Крюковой, у человека в экстремальной ситуации могут появляться следующие симптомы: бред, галлюцинации, апатия, ступор, двигательное возбуждение, агрессия, страх, истерика, нервная дрожь, плач. Рассмотрим перечисленные состояния более подробно.

Бред и галлюцинации**.** Критическая ситуация вызывает у человека мощный стресс, приводит к сильному нервному напряжению, нарушает равновесие в организме, отрицательно сказывается на здоровье в целом – не только физическом, но и психическом тоже. Это может обострить уже имеющееся психическое заболевание.

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить.

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

Апатия может возникнуть после длительной напряженной, но безуспешной работы; или в ситуации, когда человек терпит серьезную неудачу, перестает видеть смысл своей деятельности; или когда не удалось кого-то спасти, и попавший в беду близкий погиб.

Наваливается ощущение усталости – такое, что не хочется ни двигаться, ни говорить, движения и слова даются с большим трудом. В душе – пустота, безразличие, нет сил даже на проявление чувств. Если человека оставить без поддержки и помощи в таком состоянии, то апатия может перейти в депрессию (тяжелые и мучительные эмоции, пассивность поведения, чувство вины, ощущение беспомощности перед лицом жизненных трудностей, бесперспективность и т.д.). В состоянии апатии человек может находиться от нескольких часов до нескольких недель.

Основными признаками апатии являются:

1) безразличное отношение к окружающему;

2) вялость, заторможенность;

3) медленная, с длинными паузами, речь.

Ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Она наступает после сильнейших нервных потрясений (взрыв, нападение, жестокое насилие), когда человек затратил на выживание столько энергии, что сил на контакт с окружающим миром уже нет.

Ступор может длиться от нескольких минут до нескольких часов. Поэтому, если не оказать помощь и пострадавший пробудет в таком состоянии достаточно долго, это приведет к его физическому истощению. Так как контакта с окружающим миром нет, пострадавший не заметит опасности и не предпримет действий, чтобы ее избежать.

Основными признаками ступора являются:

1) резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи;

2) отсутствие реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновения, щипки);

3) «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности;

4) возможно напряжение отдельных групп мышц.

Двигательное возбуждение**.** Иногда потрясение от критической ситуации (взрывы, стихийные бедствия) настолько сильное, что человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не в состоянии определить, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Человек теряет способность логически мыслить и принимать, решения, становится похожим на животное, мечущееся в клетке.

Основными признаками двигательного возбуждения являются:

1) резкие движения, часто бесцельные и бессмысленные действия;

2) ненормально громкая речь или повышенная речевая активность (человек говорит без остановки, иногда абсолютно бессмысленные вещи);

3) часто отсутствует реакция на окружающих (на замечания, просьбы, приказы).

Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

Агрессия. Агрессивное поведение – один из непроизвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и мешать самому пострадавшему и окружающим.

Основными признаками агрессии являются:

1) раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

2) нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами;

3) словесное оскорбление, брань;

4) мышечное напряжение;

5) повышение кровяного давления.

Страх. К основным признакам страха относятся:

1) напряжение мышц (особенно лицевых);

2) сильное сердцебиение;

3) учащенное поверхностное дыхание;

4) сниженный контроль над собственным поведением.

Панический страх, ужас может побудить к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение. При этом человек плохо контролирует себя, не осознает, что он делает и что происходит вокруг.

Нервная дрожь. После экстремальной ситуации появляется неконтролируемая нервная дрожь (человек не может по собственному желанию прекратить эту реакцию). Так организм «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется внутри, в теле, и вызовет мышечные боли, а в дальнейшем может привести к развитию таких серьезных заболеваний, как гипертония, язва и др.

Основные признаки данного состояния:

1) дрожь начинается внезапно – сразу после инцидента или спустя какое-то время;

2) возникает сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету);

3) реакция продолжается достаточно долго (до нескольких часов);

4) потом человек чувствует сильную усталость и нуждается в отдыхе.

Плач. Когда человек плачет, внутри у него выделяются вещества, обладающие успокаивающим действием. Хорошо, если рядом есть кто-то, с кем можно разделить горе.

Основные признаки данного состояния:

1) человек уже плачет или готов разрыдаться;

2) подрагивают губы;

3) наблюдается ощущение подавленности;

4) в отличие от истерики, нет признаков возбуждения.

Если человек сдерживает слезы, то не происходит эмоциональной разрядки, облегчения. Когда ситуация затягивается, внутреннее напряжение может нанести вред физическому и психическому здоровью человека.

Истерика. Истерический припадок длится несколько минут или несколько часов.

Основные признаки:

1) сохраняется сознание;

2) чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы;

3) речь эмоционально насыщенная, быстрая;

4) крики, рыдания.

Помощь психолога в данной ситуации заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки».

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Понятие и условия возникновения ОСР.
2. Диагностические признаки ОСР.
3. Этапы развития ОСР.
4. Последствия ОСР для жизни и здоровья человека.
5. Работа с МКБ-10 и DSM-IV.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. На основе анализа материалов пособия и дополнительной литературы выделите факторы, определяющие благоприятный и неблагоприятный прогноз развития ОСР.

2. Опишите причины и последствия слабой выраженности (или отсутствия) симптоматики ОСР в экстремальной ситуации.

3. На основе документального описания или видеозаписи поведения людей в ЧС опишите признаки ОСР у различных субъектов экстремальной (чрезвычайной) ситуации.

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

2. Смулевич А.Б. Психогенные заболевания // Руководство по психиатрии [Текст] / А.Б. Смулевич, В.Г. Ротштейн / Под ред. А.В. Снежневского, т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 552 с.

3. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

Дополнительная

1. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях [Текст] / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Эксмо, 1991. – 245 с.

2. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый // А.Н. Моховиков, Е.А. Дыхне. – М., 2007. // http://www.myword.ru.

3. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

4. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.mkb10.ru (дата обращения 04.03.2013)

5. Психические состояния / Сост. и общая редакция Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – 512 с.

6. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.

7. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

8. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

9. Решетников М.М. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия [Текст] / М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянов // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 473 – 476.

10. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.

11. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

12. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ. проект, Трикста, 2005. – 128 с.

13. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.

14. Тарас А.Е., Сельченок К.В. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – М. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

15. Човдырова Г.С. Введение в практическую экстремальную патопсихологию [Текст] / Г.С. Човдырова. – М.: ВНИИ МВД России, 2002. – 31с.

Тема 6. Посттравматическое стрессовое расстройство: понятие, динамика, диагностика.

Лекционный материал

План:

1. Понятие и история изучения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Формы ПТСР.
2. Теоретические модели ПТСР.
3. Причины и факторы риска развития ПТСР.
4. Первичные симптомы и диагностические критерии ПТСР.
5. Этапы профессиональной помощи лицам с ПТСР.
6. Направления реабилитации ПТСР.

1. Понятие и история изучения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Формы ПТСР.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека (Тарабрина Т.С.). Это затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой жизни или здоровью. Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существованию человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезе ПТСР. Их наличие может способствовать его развитию, отражаться в течении или клинической картине. Однако ПТСР может развиться в катастрофических обстоятельствах практически у каждого человека даже при полном отсутствии явной личностной предрасположенности.

Т.С. Тарабрина подчеркивает, что, во-первых, ПТСР – это одно из возможных психологических последствий переживания травматического стресса и, во-вторых, данные многочисленных исследований говорят о том, что ПТСР возникает приблизительно у 20 % лиц, переживших ситуации травматического

стресса (при отсутствии физической травмы, ранения). Именно эта часть и является объектом изучения специалистов в области травматического стресса. Больные ПТСР могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его проявления, как правило, сопровождаются как другими психическими расстройствами (депрессия, алкоголизм, наркомания и пр.), так и психосоматическими нарушениями. Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений, хотя в психологической картине ПТСР специфика травматического стрессора (военные действия или насилие и т. д.) находит отражение. Однако главным является то, что эти события носили экстремальный характер, выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) сложились окончательно к 1980 г., однако информация о воздействии травматических переживаний появилась в научной литературе достаточно давно. Так, еще в 1867 г. Дж. Эричсен опубликовал работу «Железнодорожная и другие травмы нервной системы», в которой описал психические расстройства у лиц, переживших аварии на железной дороге. В 1888 г. Н. Оппенхейм ввел в практику диагноз «травматический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного ПТСР. Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов.

Новый интерес к проблеме посттравматического стрессового расстройства возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами (авария на Чернобыльской АЭС, землетрясение в Армении и др.). Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований американских психиатров и психологов. В 1980 г. М. Горовиц описал специфический симптомокомплекс, предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав «посттравматическим стрессовым расстройством» (posttraumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа ав-

торов во главе с М. Горовицем разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM), а позже (практически без изменений) – для МКБ-10. Согласно клинической типологии и классификации ПТСР, в эту группу расстройств отнесены затяжные патологические состояния у военнослужащих, ветеранов войны, бывших депортированных и экс-военнопленных после кратковременного или длительного экстремального воздействия (Малкина-Пых И.Г.).

В настоящее время термин «посттравматическое стрессовое расстройство» все чаще используется применительно к последствиям катастроф мирного времени, таких, как природные (климатические, сейсмические), экологические и техногенные катаклизмы; пожары; террористические действия; присутствие при насильственной смерти других в случае разбойного нападения; несчастные случаи, в том числе, при транспортных и производственных авариях; сексуальное насилие; манифестирование угрожающих жизни заболеваний; семейные драмы.

Как отмечает И.Г. Малкина-Пых, исследования в области посттравматического стресса развивались независимо от исследований стресса, и до настоящего времени эти две области имеют мало общего. На сегодняшний день принято считать, что стресс становится травматическим, когда результатом воздействия стрессора является нарушение в психической сфере по аналогии с физическими нарушениями. В этом случае, согласно существующим концепциям, нарушается структура «самости», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения. В качестве стрессора в таких случаях выступают травматические события – экстремальные, кризисные ситуации, обладающие мощными негативными последствиями, несущие угрозу жизни для самого себя или значимых близких. Такие события коренным образом нарушают чувство безопасности индивида, вызывая переживания травматического стресса (Малкина-Пых И.Г.). Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). При этом событие как таковое не может рассматриваться как травматическое. Правильнее говорить о потенциально травматическом событии. Степень травматичности события зависит от мировоззрения человека, его ценностей, прошлого опыта и т.п.

2. Теоретические модели ПТСР.

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и механизмы возникновения и развития ПТСР. Существует несколько теоретических моделей, среди которых выделяют: психодинамический, когнитивный, психосоциальный и психобиологический подходы и разработанную в последние годы мультифакторную теорию ПТСР. И.Г. Малкина-Пых отмечает, что психодинамические, когнитивные и психосоциальные модели относятся к психологическим моделям. Они были разработаны в ходе анализа основных закономерностей процесса адаптации жертв травмирующих событий к нормальной жизни.

1. Психодинамические модели – описывают процесс развития ПТСР-синдрома и выхода из него как поиск оптимального соотношения между патологической фиксацией на травмирующей ситуации и ее полным вытеснением из сознания. При этом учитывается, что стратегия избегания упоминаний о травме, ее вытеснения из сознания является наиболее адекватной острому периоду. При развитии постстрессовых состояний осознание всех аспектов травмы становится непременным условием интеграции внутреннего мира человека, превращения травмирующей ситуации в значимую часть бытия субъекта.

Согласно психодинамическому подходу травма приводит к нарушению процесса символизации. Фиксация на травме – это попытка ее контроля. В современной классической психодинамической модели в качестве следствий травматизации рассматриваются: регресс к оральной стадии развития, смещение либидо с объекта на «Я», ремобилизация садомазохистских инфантильных импульсов, использование примитивных защит, автоматизация Я, идентификация с агрессором, регресс к архаичным формам функционирования «Сверх-Я»,

деструктивные изменения Я-идеала. Считается, что травма – это триггерный механизм, актуализирующий детские конфликты (Калмыкова Е.С., Падун М.А.).

И.Г. Малкина-Пых отмечает, что данная модель не объясняет всю симптоматику травматического реагирования; кроме того, классическая психоаналитическая терапия для лечения данного расстройства неэффективна.

2. Когнитивные психотерапевтические модели – опираются на когнитивную оценку и переоценку травмирующего опыта. Авторы этого направления считают, что когнитивная оценка травмирующей ситуации, являясь основным фактором адаптации после травмы, будет в наибольшей степени способствовать преодолению ее последствий, если причина травмы в сознании ее жертвы, страдающей ПТСР, приобретет экстернальный характер и будет лежать вне личностных особенностей человека (широко известный принцип: не «я плохой», а «я совершил плохой поступок»).

В этом случае, как считают исследователи, сохраняется и повышается вера в реальность бытия, в существующую рациональность мира, а также в возможность сохранения собственного контроля за ситуацией. Главная задача при этом, как отмечают Е.С.Калмыкова и М.А. Падун, – восстановление в сознании гармоничности существующего мира, целостности его когнитивной модели: справедливости, ценности собственной личности, доброты окружающих, так как именно эти оценки в наибольшей степени искажаются у жертв травматического стресса, страдающих ПТСР.

В рамках когнитивной модели травматические события – это потенциальные разрушители базовых представлений о мире и о себе. Патологическая реакция на стресс – неадаптивный ответ на обесценивание этих базовых представлений.

Эти представления формируются в ходе онтогенеза, связаны с удовлетворением потребности в безопасности и составляют Я-теорию. В ситуации сильного стресса происходит коллапс Я-теории. Хотя коллапс Я-теории – это неадаптивное следствие стрессового воздействия, он сам по себе может быть

адаптивным, так как предоставляет возможность для более эффективной реорганизации Я-системы. Неадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнев, уход, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина неадаптивного преодоления травмы лежит в негибкости, некорригируемости когнитивных схем. Данная модель, по словам И.Г. Малкиной-Пых, с наибольшей полнотой объясняет этиологию, патогенез и симптоматику расстройства, так как учитывает и генетический, и когнитивный, и эмоциональный, и поведенческий факторы.

3. Психофизиологическая модель ПТСР рассматривает ответ на травму как результат длительных физиологических изменений. Вариабельность ответов на травму обусловлена темпераментом. Под воздействием травмы происходит выброс ряда гормонов, а также эндогенных опиоидов (подробнее об этом можно прочитать в работах И.Г. Малкиной-Пых). Снижение уровня норадреналина и падение уровня дофамина в мозге коррелируют с состоянием психического оцепенения. Болеутоляющий эффект, опосредованный эндогенными опиоидами, может приводить к возникновению опиоидной зависимости и поискам ситуаций, похожих на травмирующую. Снижение серотонина ингибирует работу системы, подавляющей продолжение поведения, что приводит к генерализации условной реакции на связанные с первоначальным стрессором стимулы. Подавление функционирования гиппокампа может являться причиной амнезии на специфический травматический опыт. Недостаток этих моделей в том, что большинство исследований было проведено на животных или в лабораторных условиях. Они также не учитывают зависимости психофизиологического ответа от когнитивного опосредования.

4. Информационная модель – является попыткой синтеза когнитивной, психоаналитической и психофизиологической моделей (разработана М. Горовицем). В рамках данной модели считается, что стресс – это масса внутренней и внешней информации, основная часть которой не может быть согласована с когнитивными схемами. Происходит информационная перегрузка. Необработанная информация переводится из сознания в бессознательное, но сохраняется

в активной форме. Подчиняясь принципу избегания боли, человек стремится сохранить информацию в бессознательной форме, но, в соответствии с тенденцией к завершению, временами травматическая информация становится сознательной как часть процесса информационной обработки. При завершении информационной обработки опыт интегрирован, травма больше не хранится в активном состоянии. Биологический фактор, так же как и психологический, включен в эту динамику. Феномен реагирования такого рода – это нормальная реакция на шокирующую информацию. Ненормальны предельно интенсивные реакции, не являющиеся адаптивными, блокирующие проработку информации и встраивание ее в когнитивные схемы индивида (Малкина-Пых И.Г.). Данная модель недостаточно дифференцирована, вследствие чего не позволяет учитывать индивидуальные различия при травматических расстройствах.

5. Психосоциальные модели – утверждают, что модель реагирования на травму является многофакторной, и необходимо учесть вес каждого фактора в развитии реакции на стресс. В основе ее лежит модель Горовица, но авторы и сторонники модели (А. Грин и Дж. Уилсон) подчеркивают также необходимость учитывать факторы окружающей среды: социальной поддержки, стигматизации, демографический фактор, культурные особенности, дополнительные стрессы. Эта модель обладает недостатками информационной модели, но введение факторов окружающей среды позволяет выявить индивидуальные различия.

Были выделены основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации жертв психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей. При этом последний фактор является самым значимым.

Выделены следующие стрессогенные ситуации, связанные с социальным окружением: человек с опытом войны не нужен обществу; война и ее участники непопулярны; между теми, кто был на войне, и теми, кто не был, отсутствует взаимопонимание; общество формирует комплекс вины у ветеранов. Столкновение с этими, уже вторичными по отношению к экстремальному опыту, полученному на войне, стрессорами достаточно часто приводило к ухудшению состояния ветеранов войн, особенно «необъявленных». Это свидетельствует об огромной роли социальных факторов как в помощи по преодолению травматических стрессовых состояний, так и в формировании ПТСР в случае, когда поддержка и понимание окружающих отсутствуют (Малкина-Пых И.Г.).

По данным Т.С. Тарабриной, до 90-х годов 20 века в качестве основной теоретической концепции, объясняющей механизм возникновения ПТСР, выступала «двухфакторная теория». В ее основу в качестве первого фактора был положен классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР (по И.П. Павлову). Основная роль в формировании синдрома при этом отводится собственно травмирующему событию, которое выступает в качестве интенсивного безусловного стимула, вызывающего у человека безусловно-рефлекторную стрессовую реакцию. Поэтому, согласно этой теории, другие события или обстоятельства, сами по себе нейтральные, но каким-либо образом связанные с травматическим стимулом-событием, могут послужить условно-рефлекторными раздражителями, запускающими симптомы ПТСР. Второй составной частью двухфакторной теории ПТСР стала теория оперантной обусловленности развития синдрома, согласно которой воздействие событий, имеющих сходство с основным травмирующим стимулом, ведет к развитию эмоционального дистресса, и стремлению избежать таких воздействий.

Однако с помощью двухфакторной теории было трудно понять природу ряда присущих только ПТСР симптомов, таких как «постоянное возвращение к переживаниям, связанным с травмирующим событием». В этом случае практически невозможно установить, какие именно «условные» стимулы провоцируют проявление этих симптомов.

Для объяснения подобных проявлений ПТСР Р.К. Питман в 1988 г. предложил теорию патологических ассоциативных эмоциональных сетей. Специфическая информационная структура в памяти, обеспечивающая развитие эмоциональных состояний, – «сеть» – включает три компонента:

1) информацию о внешних событиях, а также об условиях их появления;

2) информацию о реакции на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции;

3) информацию о смысловой оценке стимулов и актов реагирования.

Эта ассоциативная сеть при определенных условиях начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе посттравматического синдрома лежит формирование аналогично построенных патологических ассоциативных структур. Таким образом, с помощью теории ассоциативных сетей был описан механизм развития флэшбэк-феномена, но не навязчивых воспоминаний и ночных кошмаров. Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети ПТСР-синдрома должны обладать свойством самопроизвольной активации.

Для объяснения избирательного развития ПТСР у людей, подвергшихся травматизации, А. Меркером в 1998 г. была предложена этиологическая мультифакторная концепция.

3. Причины и факторы риска развития ПТСР.

Как уже отмечалось выше, не всякое событие может приводить к развитию ПТСР. Степень травматичности одного и того же события для разных людей не одинакова.

В упомянутой выше этиологической мультифакторной концепции А. Меркера выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:

1. Факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;

2. Защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; Показано, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам (какого бы то ни было профиля);

3. Факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социоэкономический уровень.

В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович выделили следующие четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс:

1. Происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;

2. Это состояние обусловлено внешними причинами;

3. Пережитое разрушает привычный образ жизни;

4. Происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

И.Г. Малкиа-Пых описывает два типа травматических ситуаций, которые при определенных условиях могут привести к развитию посттравматического стрессового расстройства.

Тип 1. Краткосрочное, неожиданное травматическое событие. Основные характеристики воздействия:

2) Единичное воздействие, несущее угрозу и требующее превосходящих возможности индивида механизмов совладания.

3) Изолированное, довольно редкое травматическое переживание.

4) Неожиданное, внезапное событие.

5) Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида, следы в памяти носят более яркий и конкретный характер, чем воспоминания о событиях, относящихся к типу 2.

6) Такое событие с большой степенью вероятности приводит к возникновению типичных симптомов ПТСР.

7) При таком событии с большой степенью вероятности проявляется классическое повторное переживание травматического опыта.

8) Быстрое восстановление нормального функционирования редко и маловероятно.

Тип 2. Постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие

(именно воздействию таких ситуаций подвержены пожарные-спасатели). Основные характеристики воздействия:

1) Вариативность, множественность, пролонгированность, повторяемость травматического события или ситуации, предсказуемость.

2) Более вероятно, что ситуация носит умышленный характер.

3) Сначала переживается как травма типа 1, но по мере того как травматическое событие повторяется, появляется страх повторения травмы.

4) Чувство беспомощности в предотвращении травмы.

5) Для воспоминания о такого рода событии характерна неясность и неоднородность в силу диссоциативного процесса; со временем диссоциация может стать одним из основных способов совладания.

6) Результатом воздействия может стать изменение Я-концепции и образа мира индивида, что может сопровождаться чувствами вины, стыда и снижением самооценки.

7) Высокая вероятность возникновения долгосрочных проблем личностного и интерперсонального характера (проявляется в отстраненности от других, в сужении и нарушении лабильности и модуляции аффекта).

8) Диссоциация, отрицание, «онемение», отстраненность, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами.

9) Такая ситуация приводит к так называемому комплексному ПТСР, или расстройству, обусловленному воздействием экстремального стрессора.

Вероятность того, что стрессор вызовет расстройство, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности, повторяемости и умышленности (т.е. травма намеренно нанесена другими людьми), от физического ущерба, который он наносит жертве или ее близким, от того, насколько он угрожает жизни, способствует изоляции, вступает в конфликт с представлением о своем Я, физически или психологически унижает достоинство или наносит ущерб сообществу, к которому принадлежит жертва, или его системе поддержки.

Тем не менее, ни один из стрессоров не способен вызывать ПТСР у всех людей поголовно, и наоборот, некоторые, на первый взгляд умеренно травматичные события иногда могут привести к развитию ПТСР. В настоящее время

практически все исследователи в этой области приходят к выводу, что в некоторых случаях для развития симптомов ПТСР индивидуальное восприятие стрессора как травмирующего фактора не менее важно, чем его «объективная» стрессогенность.

Существенное значение для развития и течения ПТСР имеют посттравматические факторы, но в настоящее время эта область исследована гораздо меньше. В некоторых случаях то, что происходит с человеком после травмы, воздействует на него даже сильнее, чем сама травма. И.Г. Малкина-Пых выделяет факторы, которые способствуют профилактике развития ПТСР и смягчают его течение:

1) немедленно начатая терапия, дающая возможность активно делиться своими переживаниями;

2) ранняя и долгосрочная социальная поддержка;

3) восстановление чувства принадлежности к обществу (если оно было потеряно) и безопасности;

4) участие в терапевтической работе с подобными жертвами травмы;

5) отсутствие повторной травматизации;

6) избегание деятельности, которая прерывает или нарушает ход терапии (например, длительное участие в правовых действиях, которые подспудно поощряют роль больного/ жертвы и снижают значимость терапии).

Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство является следствием воздействия психотравмирующего события, воспринимаемого человеком именно как психотравмирующее. Реакция на такое событие может развиваться как острое стрессовое расстройство и завершаться относительно быстро практически полным отреагированием негативных эмоций. Если реакция не следует за событием либо происходит фиксация на какой-либо стадии переживаний, может развиться ПТСР.

3. Первичные симптомы и диагностические критерии ПТСР.

В рамках посттравматической патологии большинство авторов выделяют три основные группы симптомов:

1) чрезмерное возбуждение (включая вегетативную лабильность, нарушение сна, тревогу, навязчивые воспоминания, фобическое избегание ситуаций, ассоциирующихся с травматической);

2) периодические приступы депрессивного настроения (притупленность чувств, эмоциональная оцепенелость, чувство безысходности);

3) черты истерического реагирования (параличи, слепота, глухота, припадки, нервная дрожь).

Среди невротических и патохарактерологических синдромов выделены характерные для ПТСР состояния: «солдатское сердце», синдром выжившего, флэшбэк-синдром, проявления «комбатантной» психопатии, синдром прогрессирующей астении, посттравматические рентные состояния. При этом посттравматическая симптоматика с возрастом может не только не ослабевать, а становиться все более выраженной.

В DSM-IV описываются следующие симптомы ПТСР:

Критерий А. Человек когда-либо пережил *травматическое событие*, причем в отношении этого события обязательно должны выполняться оба приведенных ниже пункта:

1. Человек был участником, свидетелем, либо еще каким-либо образом оказался причастен к событию (событиям), которые включают смерть или угрозу смерти, или угрозу серьезных повреждений и/или угрозу физической целостности других людей (либо своей собственной).

2. В травматической ситуации человек испытал интенсивный страх, беспомощность или ужас.

Критерий В. Травматическое событие постоянно переживается одним (или более) из следующих способов, причем для постановки диагноза ПТСР достаточно наличия *одного* из этих симптомов:

1. Непроизвольные навязчивые воспоминания – вызывающее тяжелые эмоциональные переживания повторяющееся и навязчивое воспроизведение в памяти как самого события, так и связанных с ним образов, мыслей и ощущений.

2. Постоянно повторяющиеся кошмары и сны о событии, при пробуждении вызывающие интенсивные негативные переживания.

3. Признаки диссоциативных состояний, проявляющиеся в том, что после травмы человек периодически совершает такие действия или испытывает такие ощущения, как если бы травматическое событие происходило вновь.

К ним относятся следующие (включая те, которые появляются в состоянии алкогольного или наркотического опьянения):

– ощущения «оживания» прошлого в виде иллюзий и галлюцинаций;

– «флэшбэк-эффекты», появляющиеся в полной потере связи с реальностью и возникновении полного ощущения «перенесения» в травматическую ситуацию. «Флэшбэк-эффекты» проявляются в поведении, неадекватном текущей ситуации, но соответствующем ситуации травматизации.

4. Драматические навязчивые воспоминания и интенсивные тяжелые переживания, которые были спровоцированы какой-либо ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их (годовщины, фильмы, песни, разговоры и т.п.).

5. Непроизвольное повышение психофизиологической реактивности в ситуациях, которые символизируют различные аспекты травматического события или связаны с ним ассоциативно (похожая местность, звуки, запахи, тип лица человека и т.п.).

Критерий С. Не наблюдавшееся до травмы постоянное стремление к избеганию и избегание любых факторов, связанных с травмой (для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум *трех* из этих симптомов):

1. Наличие усилий по избеганию любых мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Наличие усилий по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травматической ситуации.

4. Сниженный интерес к жизни, потеря интереса к значимым до травмы занятиям.

5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность положительного аффекта («numbing» — блокада положительных эмоциональных реакций, эмоциональное оцепенение, «бесчувственность», например, неспособность испытывать эмоционально насыщенное чувство любви, проявляющаяся по отношению к самым близким людям).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей, долгой жизни, ожидание скорой смерти, конца света, глобальной катастрофы).

Критерий D. Постоянные симптомы повышенной психофизиологической возбудимости, не наблюдавшиеся до травмы (для постановки диагноза ПТСР необходимо наличие минимум *двух* симптомов).

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения) – связаны с возможными кошмарами (избегание сна, «страшно заснуть») и/или с повышенной тревожностью и эмоциональным дистрессом, сопровождающими навязчивые размышления и воспоминания о травме.

2. Повышенная, с трудом контролируемая раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднения с сосредоточением внимания – в некоторые моменты человек может сконцентрироваться, но малейшее внешнее воздействие или изменение внутреннего состояния резко выбивают его из колеи.

4. Повышенный уровень настороженности, состояние «гипербдительности», то есть постоянного ожидания чего-либо плохого.

5. Гипертрофированная, преувеличенная реакция испуга на внезапные раздражители – например, на любой резкий внезапный звук (выхлоп, выстрел, стук и т.п.) или на ощущение внезапного движения на периферии поля зрения, или на неожиданное прикосновение.

Критерий E. Длительность протекания расстройства (одновременное проявление необходимого по критериям B, C и D количества симптомов) – *более чем 1 месяц.*

Критерий F. Расстройство вызывает клинически значимое *тяжелое эмоциональное состояние* или *выраженные нарушения* в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

В зависимости от времени возникновения, длительности течения выделяются следующие диагностические формы посттравматического стрессового расстройства:

1. *Острое расстройство*: первичная манифестация симптомов в течение первых 6-ти месяцев после травмы (но не ранее 1 месяца после события). При этом длительность сочетанного проявления всех симптомов ПТСР – менее 6 месяцев.

2. *Хроническое расстройство*: продолжительность проявления симптомов – свыше 6 месяцев.

3. *Отсроченное расстройство:* комплекс симптомов впервые появляется не ранее, чем через 6 месяцев после стрессовой ситуации.

Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства.

В классификации психических и поведенческих расстройств, составленной Всемирной организацией здравоохранения, в симптоматическом комплексе посттравматического стрессового расстройства выделяют три группы симптомов:

1. Группа симптомов повторного переживания.

1) *Флэшбэки.* Прошлое «не отпускает» человека: навязчиво и неотступно напоминает о том, «что было». В памяти внезапно всплывают ужасные, неприятные сцены, связанные с пережитым. Каждый намек, все, что может напомнить о том событии: какое-то зрелище, запах, звук – как будто извлекают из глубин памяти картины и образы травматических событий. Сознание – как бы раздваивается: человек одновременно и в мирной обстановке, и там, где происходили события. Происходит ощущение эмоциональной зависимости, сужение сознания, ощущение «там и здесь». Эти неожиданные, «непрошеные» воспоминания могут длиться от нескольких секунд или минут до нескольких часов. И, как следствие, человек снова испытывает сильнейший стресс. Возникает реак-

ция повышенного испуга на неожиданный или громкий звук. «Непрошеные» воспоминания приходят и во сне в виде ночных кошмаров. Человек просыпается в холодном поту, задыхаясь, с сильно бьющимся сердцем, с напряженными мышцами, чувствуя себя совершенно разбитым. У человека возникают проблемы со сном, ему бывает трудно заснуть из-за неосознаваемого страха, иногда нарушения сна выглядят как постоянное раннее пробуждение, вследствие чего возникают усталость и апатия.

2) *Повторяющиеся и насильно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания о событии, включая образы, мысли, представления.* Впечатления, полученные во время чрезвычайного события, могут быть столь сильными, что их переживание будет продолжаться очень долго: часто бывают вспышки воспоминаний, когда повторяются чувства, которые человек испытывал во время или после события. Человек внезапно может начать чувствовать себя так, как если бы событие вновь происходило с ним. Повторяющиеся переживания могут быть очень тяжелыми и пугающими, но они в этой ситуации совершенно нормальны. Человеку трудно приказать себе не думать о чем-либо, даже если это никаким образом для него не значимо. А уж если в ситуацию вовлечены близкие и родные и, тем более, ситуация травматическая, человек не в состоянии перестать думать о произошедшем.

3) *Повторяющиеся кошмарные сны о событии.* Сны развиваются по двум сценариям.

А) Пострадавшему снятся кошмарные сновидения, в которых он вновь и вновь переживает произошедшее, но во сне он может видеть некий волшебный выход из ситуации.

Б) Человек, переживший психотравмирующее событие, каждый день видит все новые и новые «фильмы ужасов», в которых его преследуют маньяки, он попадает в транспортные аварии, падает с высотных зданий, не может выбраться из подземелья и т.д.

4) *Действия или чувства, соответствующие переживаниям во время травмы* (*иллюзии, галлюцинации,* «*вспышки воспоминаний*»).

5) *Спазмы в желудке, головные боли.* Головные боли, спазмы в желудке – частые попутчики людей, переживших психотравмирующее событие. Работая с пострадавшими и родственниками пострадавших при ликвидации чрезвычайных ситуаций, психологи часто слышат жалобы на эти симптомы. Спазмы в желудке часто возникают при появляющихся у пострадавших страхах.

2. Группа симптомов избегания**.** Еще одна группа симптомов проявляется в том, что травматический опыт вытесняется. Человек старается избегать мыслей и воспоминаний о пережитом, стремится не попадать в ситуации, которые могли бы напомнить, вызвать эти воспоминания, пытается делать все так, чтобы не вызвать их снова. Он упорно избегает всего, что может быть связано с травмой: мыслей или разговоров, действий, мест или людей, напоминающих о травме, становится неспособен вспомнить важные эпизоды травмы, то, что с ним происходило. Выражено снижение интереса к тому, что раньше занимало, человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает. Проявляется чувство отстраненности и отчужденности от других, ощущение одиночества. Становится трудно устанавливать близкие и дружеские отношения с окружающими людьми. Многие перенесшие сильный стресс жалуются, что после пережитого им стало намного труднее испытывать чувства любви и радости (эмоциональная притупленность). Реже возникают или вообще исчезают периоды творческого подъема. Возникает депрессия, человек начинает чувствовать себя никчемным и отвергнутым, у него развивается неуверенность в себе, появляется реальное отчуждение от близких - «им меня не понять». В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых беспросветных глубин отчаяния, человек утрачивает смысл существования. Возникает сильнейшая апатия, появляется чувство вины.

Человек престает планировать свое будущее. Очень часто появляется чувство вины: «Я виноват в том, что я что-то не сделал: не спас, не помог, не предугадал...», возникают самоуничижительные мысли и поведение, вплоть до суицидальных. Часто возрастает агрессивность. Возникает стремление решать все жизненные коллизии с помощью силового давления. При этом не обяза-

тельно применяется грубая физическая сила, это может быть и речевая и эмоциональная агрессивность. Вспышки гнева, возникающие под влиянием алкогольного опьянения, маломотивированы и чаще всего превращаются в приступы яростного гнева.

1) *Избегание мыслей, воспоминаний о пережитом, стремление не попадать в те ситуации, которые бы могли напомнить, вызвать эти воспоминания*. Человек боится повторения чрезвычайно сильных, разрушительных эмоций. Нередко возникает агрессия, если кто-то пытается каким-либо способом проникнуть в воспоминания пострадавшего.

В обычной жизни пострадавший может казаться вполне благополучным человеком, но любой стимул, возвращающий человека в критическую ситуацию, вызывает мгновенное оживление переживаний у пострадавшего. На защиту от этих переживаний пострадавшему требуется все больше и больше усилий. Вся психическая энергия человека уходит на это.

2) Нарушение памяти, концентрации внимания. Неспособность вспомнить важные эпизоды травмы, мест, людей.

3) Отстраненность, отдаленность от окружающего мира, отчуждение от других людей, ощущение одиночества («*им меня не понять*», «*они этого не пережили*»).

4) Утрата способности устанавливать близкие отношения с окружающими людьми.

5) Труднее испытывать чувства любви, радости (*эмоциональная притупленность*), *исчезают чувства творческого подъема.*

Трудности во взаимоотношениях со временем усиливаются наряду с нарастанием ощущения, что «никто не может понять, через что я прошел». Такое ложное представление является главным препятствием для просьбы о помощи и поддержке. А между тем, часто именно окружающие могут стать главным источником восстановления комфортного состояния во время кризиса.

6) Изменение представлений о мире, чувство укороченности будущего.

Результаты, полученные Н.В. Тарабриной на материале изучения ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС, показали, что ветераны с ПТСР испытывают острое чувство неопределенности, дискомфорта, разочарования, однако сохраняют надежды и способность представлять и планировать свое будущее. При исследовании ПТСР ликвидаторов аварии на ЧАЭС, были отмечены некоторые особенности: независимо от степени травматизации, травматическая ситуация пролонгирована в будущее, так как связана с угрозой здоровью или жизни, что вызывает сильную эмоциональную реакцию: чувства безнадежности, одиночества, не проходящее ощущение несчастья. Травматическое событие меняет взгляд на важные моменты в жизни человека. Надежды на лучшее будущее могут быть утрачены или изменены вследствие глубокого разочарования. Под воздействием травматической ситуации человек испытывает ужас, порожденный окружающим миром и собственной беспомощностью в нем – существовавшие ранее убеждения разрушаются, приводя личность в состояние дезинтеграции.

Американский психолог Дж. Ялом предложил рассматривать все психологические проблемы травматического стресса с точки зрения смерти, свободы, изоляции, бессмысленности. В травматической ситуации эти темы выступают не абстрактно, не как метафоры, а являются абсолютно реальными объектами переживания. Так, становясь свидетелем смерти других людей, человек оказывается перед лицом своей возможной смерти.

7) *Чувство вины*. У человека, пережившего травматическое событие, вместо чувства облегчения оттого, что он спасся, часто возникает чувство вины. У него могут возникнуть сомнения, мог ли он сделать больше, чтобы помочь близким. Он может постоянно спрашивать себя, чем он заслужил то, что выжил, почему другие люди не были столь удачливы.

3. <u>Группа симптомов физиологической гиперактивации.</u>

Проявляется в трудностях засыпания (бессоннице), повышенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства».

1) *Сверхбдительность* выражается в том, что человек пристально смотрит вокруг, словно ему угрожает опасность. Однако опасность здесь не столько внешняя, сколько внутренняя, она не позволяет расслабиться, отдохнуть.

2) *Преувеличенное реагирование:* при малейшем раздражении, стуке, шуме человек громко кричит, бросается бежать и т.д.

3) *Повышается раздражительность, нетерпимость в обычных бытовых вопросах, часто возникает неистовая враждебность, направленная против конкретных людей, сопровождаемая угрозами, иногда не только на словах*. Совсем незначительное событие может вызвать интенсивное чувство злости. Возникает ощущение, что человек не похож на самого себя. Более постоянный гнев человек может переживать по поводу несправедливости и бессмысленности происшедшего или против тех, кто, как ему кажется, был причиной того, что случилось.

4) *Возрастает агрессивность*. Возрастает стремление решать все жизненные проблемы с помощью силового давления. Применяется и грубая физическая сила, и речевая агрессивность. Возникают вспышки гнева.

5) *Повышается употребление алкоголя*. Чем больше происходит обесценивание идей, за которые воевали участники боевых действий, принижение значимости событий тех боев, обвинение в грехах, которые они не совершали, возложение ответственности за действия правительства, тем чаще у них возникают проблемы с алкоголем, наркотиками.

При наличии у человека ПТСР изменяются его отношения в семье. Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на межличностное взаимодействие, функционирование семьи в целом. Выше мы рассмотрели, что у страдающего ПТСР наблюдается избегание ситуаций или действий, которые имеют сходство с основной травмой или символизируют ее. Такая стратегия поведения, по мнению Е.О. Лазебной, искажает информационную и эмоциональную картину мира, приводит к ограничению доступа новой информации, способной спровоцировать интенсивные эмоции, в том числе и положительные.

Как отмечает А.А. Кучер, у членов семьи человека, страдающего ПТСР, наблюдается сотравматизация – перенос на себя симптомов психотравмы, полученной пострадавшим, с аналогичными данной психотравме переживаниями

и дестабилизацией в результате этого, психологического и соматического здоровья сотравмированного члена семьи.

Симптомы сотравматизации могут повторять симптоматику ПТСР в менее выраженной степени, их можно разделить на три группы:

1) симптомы повторного переживания, включающие негативные сновидения, повторяющиеся игры (у детей), сильный дистресс, воспоминания об услышанных эпизодах и навязчивые мысли о них;

2) симптомы избегания, включающие чувство отчуждения, обеднение эмоций;

3) симптомы повышенной возбудимости, проявляющиеся в нарушениях сна, раздражительности, затруднении концентрации внимания, тревожности, вспышках гнева.

Безусловно, психическая травма способна привести к патологической трансформации личности в целом. Однако существуют методы профессиональной помощи и самопомощи в подобных ситуациях.

4. Этапы профессиональной помощи.

Психологическая помощь лицам с пТСР включает в себя следующие этапы:

1. Психологическая диагностика. Она может проходить в форме тестов или беседы, в ходе которой специалист уясняет подробности проблемной ситуации обратившегося к нему человека.

2. Заключение «психотерапевтического договора». Как правило, этот договор не принимает форму официального юридического документа, это просто некая договоренность между специалистом и клиентом о порядке их совместной работы (с какой проблемой идет работа, как долго она может продлиться, из каких этапов будет состоять, на какой результат рассчитана).

3. Начало работы над проблемой. На этом этапе самым важным совместным достижением специалиста и клиента является создание, расширение и укрепление тех психологических ресурсов, которые помогут справиться с травма-

тическим опытом. Для того, чтобы справиться с психологической травмой, нужны определенные душевные силы; подготовка, «выращивание» этих сил определяет успешность дальнейших коррекционных мероприятий.

4. Проработка травматического опыта. Эта стадия работы начинается тогда, когда накоплены силы и человек уже готов встретиться с воспоминаниями, переживаниями того события, которое вызвало психологическую проблему. Человек на этом этапе переживает и принимает травмирующую ситуацию. В результате переживания травматическое событие становится частью личного опыта человека, в то время как посттравматическое стрессовое расстройство предполагает, что психологически для человека эта ситуация является настоящим. Психологическая травма, полученная человеком, становится частью личного прошлого. Люди осознают, что дала им эта ситуация, чему она научила.

5. «Экологическая проверка». На этом этапе человек пробует жить с новым опытом. Эта стадия необходима для того, чтобы травматические переживания не вернулись вновь. Ведь зачастую человек привыкает жить в своей проблеме, привыкают к этому и люди, окружающие его. В этот период человек обсуждает со специалистом изменения, которые происходят в его жизни в связи с работой над травмой. Таким образом, происходит проверка того, насколько человек справился с посттравматическим стрессовым расстройством, проверкой, которую устраивает сама жизнь.

6. Направления реабилитации ПТСР.

Исследования показали, что существует тесная связь между способами выхода из кризисной ситуации, способами преодоления посттравматического стресса (устранение и всяческое избегание любых напоминаний о травме, погруженность в работу, алкоголь, наркотики, стремление войти в группу взаимопомощи и т. д.) и успешностью последующей адаптации. Было установлено, что наиболее эффективными являются две стратегии: 1) целенаправленное возвращение к воспоминаниям о травмирующем событии в целях его анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы; 2) осознание носителем травматического опыта значения травматического события.

Существует много направлений и методов, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР. А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Р. Гордеева выделяют четыре направления методов:

1. Образовательное направление – включает в себя информационную поддержку, обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с диагностической симптоматикой ПТСР помогает больным осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность осуществлять контроль за своим состоянием, выбирать средства и методы, которыми можно добиться выздоровления.

2. Холистическое направление – ориентировано формирование целостного отношения к здоровью. Специалисты по формированию здорового образа жизни справедливо отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление человека как единого целого. Врач, который обращает внимание своих пациентов на эти стороны целостного существования человека, часто обнаруживает и активирует такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого.

А.Л. Пушкарев с соавторами подчеркивают, что здоровый образ жизни – с достаточной физической активностью, правильным питанием, отсутствием злоупотребления алкоголем, отказом от наркотиков, избеганием употребления возбуждающих питательных веществ (например, кофеина), со способностью с юмором относиться ко многим событиям нашей жизни – создает основу для восстановления после тяжелых травматических событий, а также способствует продлению активной и счастливой жизни.

3. Социальное направление – ориентировано на формирование и увеличение социальной поддержки и социальной интеграции. Сюда также можно включить развитие сети самопомощи, а также формирование общественных организаций, оказывающих поддержку людям с ПТСР. Очень важна точная оценка социальных навыков, тренировка этих навыков, уменьшение иррациональ-

ных страхов, помощь в умении преодолевать риск формирования новых отношений. К этой категории относятся и формы организации социальной работы, которые помогают течению процесса выздоровления.

4. Терапевтическое направление (фармакотерапия, психотерапия) включает в себя собственно психотерапию, направленную на проработку травматического опыта, работу с горем, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов.

Из методов самопомощи опишем несколько общих приемов, ведущих к ослаблению нежелательных реакций.

1) Стресс влияет на весь организм в целом, поэтому можно существенно снизить его отрицательные последствия, если уделять здоровью больше времени, чем прежде.

2) Необходимо соблюдать режим труда и отдыха, правильно питаться, заниматься спортом.

3) Необходимо заботиться об эмоциональном комфорте и отводить больше времени на те дела, которые особенно приятны. Неприятности могут усилить симптомы ПТСР.

4) Не следует избегать общения. Нужно чаще находиться среди людей, быть полезным другим. Активная социальная жизнь поможет ощутить душевный комфорт.

5) Не следует ожидать, что воспоминания уйдут сами по себе. Чувства останутся и будут беспокоить в течение длительного времени. Вот почему крайне важно иметь возможность поговорить по душам.

Если проявления посттравматического стрессового расстройства вы видите у близкого человека, коллеги, друга, то в этой ситуации можно помочь ему, соблюдая следующие правила:

1) Постарайтесь создавать условия для «задушевного» разговора. Это необходимо для того, чтобы дать негативным чувствам и переживаниям выйти наружу. Иногда мы боимся говорить с человеком о травмирующих событиях, которые произошли в его жизни, нам кажется, что это затронет его чувства,

разбередит душевные раны, в то время как сам человек часто имеет желание выговориться. Однако ни в коем случае нельзя давить на человека, если он не хочет говорить. Будьте готовы к сильным эмоциональным реакциям человека, если вам удалось завести «задушевный разговор». Помните, что та «душевная боль» или агрессия, которую человек может «изливать» в вашем присутствии, к вам не имеет отношения. Вы просто помогаете человеку освободиться от нее.

2) Не «отталкивайте» человека, даже если он «отталкивает» вас. Продолжайте оказывать ему поддержку и выражать свою любовь. Принимайте человека таким, какой он есть.

3) Важно создать вокруг человека спокойную, принимающую атмосферу, не создавая при этом особых условий из-за того, что он перенес травму, поскольку многих людей это заставляет чувствовать себя неполноценными, обижает их, иначе человек не научится жить в новых условиях, а навсегда останется «жертвой обстоятельств».

Эти меры могут ослабить проявление проблемы, но вряд ли помогут преодолеть посттравматическое стрессовое расстройство, поэтому обращение к специалисту необходимо, чтобы преодолеть его целиком.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Понятие психической травмы.
2. Понятие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).
3. Теоретические модели ПТСР.
4. Факторы и группы риска развития ПТСР.
5. Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства.
6. Формы ПТСР.
7. Диагностические критерии ПТСР (работа с МКБ-10 и DSM-IV).
8. Возможности и направления психотерапии ПТСР.
9. Направления реабилитации ПТСР.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Дайте сравнительную характеристику различных теоретических моделей ПТСР? С чем связано многообразие имеющихся объяснительных моделей?

2. Опишите, при каких условиях психическая травма приводит к возникновению ОСР, а при каких – ПТСР. Возможно ли однозначное разграничение этих условий?

3. На примере одной из профессий экстремального профиля опишите причины развития ПТСР у соответствующих специалистов.

4. Предложите программу профилактики развития ПТСР у специалистов, чья деятельность протекает в экстремальных условиях (на примере одной из профессий).

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

2. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2007. – 272 с.

Дополнительная

1. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях [Текст] / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Эксмо, 1991. – 245 с.

2. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

3. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 410 с.

4. Краснянский А. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане: Съезд психиатров [Текст] / А. Краснянский, П.В. Морозов. – М.: Медицина, 1995. – 355 с.

5. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый // А.Н. Моховиков, Е.А. Дыхне. – М., 2007. // http://www.myword.ru.

6. Кучер А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: история возникновения представлений, суть явления, способы психодиагностики. – Управление социальной защиты населения администрации Новосибирской области. Новосибирск, 2002.

7. Лазебная Е.О. Ситуационные факторы регуляции посттравматических стрессовых состояний // Механизмы стресса в экстремальных условиях. Под ред. И.Б. Ушакова [Текст] / Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова. – М., 2004. – С. 17-21.

8. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.mkb10.ru (дата обращения 04.03.2013)

9. Полякова О.Б. Психогигиена и профилактика профессиональных деформаций личности [Текст] / О.Б. Полякова: учебное пособие. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 304с.

10. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.

11. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

12. Пушкарев А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия [Текст] / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2008. – 112 с.

13. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.

14. Сидоров П.И. Особенности травматического стресса у сотрудников органов внутренних дел Чеченской республики [Текст] / П.И. Сидоров, А.М. Кce-

нофонтов, И.И. Беликов и др.// Сибирский психологический журнал, 2008, №29. – С. 53-56.

15. Слепухина Г. В. Психология травматического стресса. Учеб. пособие [электронный ресурс] / Г.В. Слепухина. – Режим доступа: http://do.gendocs.ru/docs/index-9130.html

16. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

17. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ.проект, Трикста, 2005. – 128 с.

18. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. - 367 с.

19. Тарас А.Е., Сельченок К.В. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – М. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

20. Хухлаев О.Е. Обычная работа в необычных условиях: психологическое консультирование, осложненное травматическим стрессом [электронный ресурс] Режим доступа: http://psymax.ru/lib/kons/000025_all.html

21. Човдырова Г.С. Введение в практическую экстремальную патопсихологию [Текст] / Г.С. Човдырова. – М.: ВНИИ МВД России, 2002. – 31с.

Тема 7. Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания.

Лекционный материал

План:

1. Понятие горя и горевания. Теории горя.
2. Горе как следствие утраты. Типология утрат.
3. Нормальное и осложненное (патологическое) горе.
4. Динамика горевания.
5. Психологическая помощь горюющему.

1. Понятие горя и горевания. Теории горя.

В. Сидорова определяет горе как реакцию на утрату значимого объекта, части идентичности или ожидаемого будущего. Горе – это также процесс, при помощи которого человек работает с болью утраты, вновь обретая чувство равновесия и полноты жизни. Общеизвестно, что реакция на утрату значимого объекта – специфический психический процесс, развивающийся по своим законам. Суть этого процесса универсальна, неизменна и не зависит от того, что именно утратил субъект. Горе всегда развивается одинаково. Различается только длительность и интенсивность его переживания в зависимости от значимости утраченного объекта и особенностей личности горюющего человека.

Существует ряд теорий, объясняющих, почему люди испытывают такие сильные эмоции после тяжелой утраты. Психодинамическая модель, разработанная на основе трудов З. Фрейда и его последователей, является одной из самых влиятельных в объяснении последствий тяжелой утраты. Согласно данной модели, формирование первых и наиболее важных отношений происходит в первые годы жизни, когда возникает привязанность к людям, которые обеспечивают уход и заботу, чаще всего к родителям. Позднее человек тратит свою эмоциональную и физическую энергию на попытки найти еще кого-то, кто может его понять, дать то, чего ему не хватало в детстве, установить близкие отношения. Поэтому когда умирает кто-то близкий, человек чувствует себя обез-

доленным. В эмоциональном смысле он чувствует, что как бы «отрезали» часть его.

З. Фрейд изложил свою концепцию горевания в 1916 г. в работе «Печаль и меланхолия». Он полагал, что привязанность человека к значимому объекту связано с катексисом – фиксацией Либидо на данном объекте, точнее, на его психической репрезентации в «Я» субъекта привязанности. При утрате объекта либидо продолжает быть фиксированным на его психической репрезентации, что выражается в повторяющихся мыслях, воспоминаниях и т.п. «Работа печали», по З. Фрейду, состоит в том, чтобы оторвать психическую энергию от любимого, но теперь утраченного объекта. До конца этой работы «объект продолжает существовать психически», а по ее завершении «я» становится свободным от привязанности и может направлять высвободившуюся энергию на другие объекты. Процесс отвода энергии либидо от объекта называется декатексис.

З. Фрейд пишет: «… Любимого объекта больше не существует, и реальность подсказывает требование отнять все либидо, связанное с этим объектом… Но требование ее не может быть немедленно исполнено. Оно приводится в исполнение частично, при большой трате времени и энергии, а до того утерянный объект продолжает существовать психически. Каждое из воспоминаний и ожиданий, в которых либидо было связано с объектом, приостанавливается, приобретает активную силу, и на нем совершается освобождение либидо. Очень трудно указать и экономически обосновать, почему эта компромиссная работа требования реальности, проведенная на всех этих отдельных воспоминаниях и ожиданиях, сопровождается такой исключительной душевной болью».

По словам Ф.Е. Василюка, теория З. Фрейда объясняет, как люди забывают ушедших, но она даже не ставит вопроса о том, как они их помнят. Можно сказать, что это теория забвения.

Теорию горевания, основанную на теории привязанности, предложили Д. Боулби и Эйнсворт. По мнению Д. Боулби, привязанность к значимому объекту жизненно необходима для индивида. Потребность в привязанности является адаптивной. Для полноценного развития человеку необходим детский опыт формирования «безопасной привязанности».

Д. Боулби выдвинул идею, что ранние разлуки младенца с матерью вызывают не только первичную сепарационную тревогу и печаль, но запускают также и процессы скорби, которые в большей мере, чем более поздние потери способны принимать патологические формы. В ходе жизни, люди, пережившие ранние потери, склонны реагировать на последующие утраты сходным образом. Он описал последовательность ответных реакций на разлуку с матерью у детей от 15 до 30 месяцев – протест, отчаяние и отчуждение, которые характерны для всех форм скорби.

Потеря объекта является сильным ударом по отношениям, которые жизненно необходимы для человека. В процессе гревания происходит «поиск утраченного объекта», поскольку при утрате человек чувствует угрозу для собственного существования. В результате возникают амбивалентные (двойственные) переживания: «я без него не могу» и «я должен смириться». Актуализация данного противоречия пробуждает базовое чувство боли, связанное с сепарацией от объекта. Это сопровождается эмоциями злости, обиды, гнева, чувством вины. Отреагирование этих чувств и принятие утраты составляют сущность «работы горя».

Д. Боулби первым показал, что сильные эмоции при горевании являются нормой. Для их обозначения он ввел понятие «нормальная работа горя».

В отечественной психологии первую теорию горя и горевания разработал Ф.Е. Василюк. Он выступил с резкой критикой теории З. Фрейда и его последователей. По мнению Ф.Е. Василюка, главное в горевании – это не забвение умершего, а формирование памяти о нем. Он пишет: «именно эта задача [поминания и памятования] составляет сокровенную суть человеческого горя. Горе – это не просто одно из чувств, это конституирующий антропологический феномен: ни одно самое разумное животное не хоронит своих собратьев. Хоронить – следовательно, быть человеком. Но хоронить – это не отбрасывать, а прятать и сохранять. И на психологическом уровне главные акты мистерии горя – не отрыв энергии от утраченного объекта, а устроение образа этого объекта для сохранения в памяти. Человеческое горе не деструктивно (забыть, оторвать, отде-

литься), а конструктивно, оно призвано не разбрасывать, а собирать, не уничтожать, а творить – творить память».

2. Горе как следствие утраты. Типология утрат.

Утрата в широком смысле – это потеря объекта, к которому человек испытывает сильную эмоциональную привязанность.

К. Изард определяет синдром утраты как сильные эмоции, переживаемые в результате утраты близкого, любимого человека. Утрата может быть временной (разлука) или постоянной (смерть), реальной или воображаемой, физической или психологической. Наиболее распространенным следствием утраты является горе.

Д.Л. Бекер выделяет две группы утрат (потерь):

1. Явные потери. Их причинами являются:

1) смерть объекта привязанности;

2) несчастный случай;

3) природные и техногенные катастрофы;

4) война;

5) потеря домашних животных;

6) отнятие от груди (это событие является травматичным и для ребенка, и для матери, особенно если она высокотревожна);

7) изменение места жительства;

8) переход в другое дисциплинарное пространство (поступление в ДОУ, школу, вуз, устройств на новую работу и т.п.);

9) потеря друзей (ссора, переезд, смерть);

10) нормативные утраты при переходе из одной фазы онтогенеза в другую (утраты, связанные с проживанием нормативных возрастных кризисов). Например, утрата детской непосредственности в кризисе семи лет.

2. Скрытые потери – они менее различимы при внешнем наблюдении и не всегда осознаются человеком, переживающим утрату. Их причинами являются:

1) Развод родителей, появление второго (третьего и т.д.) ребенка, создание родителями новой семьи, домашнее насилие. В этих случаях ребенок утрачивает доверие к близким людям, а ситуация в целом воспринимается им как предательство;

2) невозможность включения в желательную группу лиц;

3) трудности обучения и, как следствие, утрата уважения и самоуважения;

4) осознание собственных отличий от других (по внешним признакам, состоянию здоровья, социальному статусу и т.д.);

5) так называемые «потери в клане», например череда смертей родственников, в том числе тех, с кем человек, переживающий утрату, не был близок;

6) бедность, систематическая нехватка средств к существованию;

7) беженство (данный феномен детально рассмотрен в рамках описания типологии экстремальных ситуаций);

8) культурологические отличия, в том числе, как следствия вынужденного переселенчества, миграции и т.д.;

9) инвалидизация.

Как подчеркивает Д.Л. Бекер, любая утрата может приводить к возникновению суицидогенных мотивов. Кроме того, существуют специфические психологические последствия различных утрат.

1. Последствия абьюза (насилия над ребенком) и отвержения в детстве:

1) депрессии, в том числе, и во взрослом состоянии;

2) устойчивые страхи и фобии (фобия – это неконтролируемый страх);

3) сексуальные дисфункции;

4) промискуитет – неразборчивость в половых связях;

5) формирование зависимости от психоактивных веществ, пищевой зависимости и т.п.;

6) криминогенное поведение (часто является следствием жестокого обращения в детстве).

2. Последствия смерти родителей:

1) хроническая тревога;

2) избегание любых социальных контактов и уход от проблем;

3) низкие самооценка и самоэффективность.

3. Последствия смерти сиблинга (то есть, родного брата или сестры):

1) нарушение поведения; возможно появление регрессивных реакций;

2) выраженная эмоция гнева;

3) сниженная социальная компетентность.

4. Последствия смерти сверстников:

1) эмоции гнева, злости, замешательства;

2) актуализация мыслей о собственной смертности;

3) трудности в обсуждении темы смерти в целом.

5. Последствия развода родителей:

1) тревога;

2) нарушения поведения, появление признаков трудновоспитуемости;

3) снижение успеваемости;

4) снижение самооценки;

5) чувство вины; явное или скрытое обвинение себя в разводе родителей;

6) более быстрое формирование различных зависимостей, в том числе, и пищевой.

6. Последствия потери романтической любви (чаще всего, в юношеском возрасте, когда в сознании человека присутствует собственный миф о любви):

1) неразрешенное горе;

2) депрессия;

3) разочарование в себе, любимом человеке и жизни в целом;

4) утрата веры в любовь.

Поскольку в данном случае происходит утрата идеального объекта (идеализированного образа любимого человека, который изначально не соответствовал реальности), наступает некритическое обесценивание себя и всех окружающих. Степень обесценивания напрямую зависит от степени предшествующей идеализации.

7. Последствия беспризорности и бесприютности:

1) тревога;

2) хроническое снижение настроения;

3) суицидальные мысли;

4) депрессия или субдепрессивные состояния.

8. Последствия плена, мучений, пыток и других преступлений:

1) хронически выраженная тревога как ощущение тотального неблагополучия мира и себя в нем;

2) посттравматическое стрессовое расстройство.

Наличие и выраженность у отдельного человека описанных последствий зависит от множества внешних и внутренних факторов, в том числе от его общей стрессоустойчивости.

3. Нормальное и осложненное (патологическое) горе.

В психологии и психотерапии принято различать нормальное и патологическое горе. Период неосложненного горевания длится от года до двух лет. При этом человек практически не нуждается в помощи профессиональных психологов. Патологическое горе – это осложненное русло горевания, при котором не решается основная задача горя – перевод травматических переживаний в опыт.

В. Волкан считает, что к осложнённому горю предрасполагают:

1. Незаконченные дела с тем, кого мы потеряли,

2. Внешние обстоятельства, перегружающие чью-либо способность к скорби: неразрешённые прошлые потери и эмоциональная система, не выдерживающая расставаний.

Внешние обстоятельства, нарушающие способность горевать.

1) Если человек не видел тело умершего, если он был изолирован от него в момент смерти, не был на похоронах или были сосредоточены на других обстоятельствах, то процесс отрицания может быть затянут. Тогда трудно принять смерть.

2) Шок от внезапности смерти тоже может сковать процесс горевания. Тогда трудно верить, что мир безопасное место. У таких людей уровень тревоги, самобичевания и депрессии выше, у них чаще осложненное горе.

3) Когда смерть накладывает позорное пятно, как например, в результате суицида, передозировки наркотиков, алкоголизма или СПИДа.

4) Незавершённые дела. Чем более счастливыми и зрелыми были отношения, тем легче расстаться. Если отношения с человеком строились на том, что двое дополняли или зависели друг от друга, а не противоречили, то излить горе легче. И наоборот, чем больше мы зависели, чем больше нуждались в том, кто покинул нас, для поддержания самооценки, тем тяжелее.

5) Пока ребёнок не вышел из подросткового возраста, он нуждается в родителе, как в примере для подражания, источнике любви и одобрения. Смерть родителя оставляет множество незавершённых дел. Горе в таком случае может быть отложенным. Нормальный процесс горевания не происходит в детстве и раннем подростковом возрасте вследствие защитного отрицания смерти и поддержания привязанности. Подростки очень остро переживают потери как во внешнем, так и во внутреннем мире, отсюда и их суицидальность.

6) Родители, как правило, не способны оплакать смерть своего ребёнка.

О. Шустова описывает следующие варианты протекания осложненного горя:

1) Длительное отрицание потери. Отрицая потерю, человек отрицает как важность эмоциональной связи с ушедшим человеком, так и любовь, и ненависть к нему.

2) Отрицание чувств, в том числе и чувства печали, что выглядит, как отсутствие горя. «Отсутствие горя» впервые описала Х Дойч в 1937г. Она считала, что неспособность горевать проистекает из неразрешённой утраты детских лет.

3) Длительное переживание скорби – превышающая норму печаль. Людей, склонных к этому, В. Волкан называл «вечноскорбящие». Утрата у них не имеет разрешения, наблюдаются обострения в годовщины смерти.

4) Поглощенность горем и депрессия.

5) Амбивалентность чувств – сознательная идеализация утраченного человека и бессознательная ненависть к нему, обращённая против Эго в виде самонаказания и чувства вины и в крайних случаях проявляющаяся в виде суицида.

6) Идентификация с утраченным объектом на амбивалентной основе. В этом случае происходит отказ от любой деятельности, способной отвлечь внимание от мыслей об умершем.

7) Быстрая замена потерянного объекта новым.

8) Развитие соматического или психосоматического заболевания.

9) Пристрастие к алкоголю, наркотикам или перееданию.

Д.Л. Бекер выделяет два варианта протекания патологического горя:

1. Отсрочка горевания: при наличии объективных обстоятельств, препятствующих нормальному гореванию, переживание утраты откладывается на некоторое время (иногда – на десятки лет). Если отсрочка длиться годами, горе проявляется в виде психосоматических заболеваний, жестокости, цинизма, импульсивности и т.п. Если человек, не переживший предшествующую утрату, столкнется с новой, интенсивность его переживаний будет намного выше, чем при нормальном горевании.

2. Искаженные реакции горя – ненормально протекающие процессы горевания:

1) повышенная активность авантюрного характера без переживания чувства утраты;

2) появление симптомов последнего заболевания умершего как результат идентификации с ним (в большинстве случаев это не настоящие симптомы заболевания, а их невротическое представление);

3) психосоматические заболевания;

4) изменение привычного стереотипа в отношениях с людьми: обидчивость, раздражительность, социальная изоляция и т.п.;

5) яростная враждебность против одного человека или группы лиц с попыткой сверхценного доказательства своей правоты (например, добиться обвинения врача в смерти пациента). В этом случае не принимается реальность потери, горюющий стремится вернуть все назад.

6) преувеличенное горе: человек неоправданно затягивает время траура, активно занимает позицию жертвы, требует от окружающих сочувствия (это вариант горевания чаще наблюдается у невротических личностей);

7) фиксация переживаний на стадии шока или на стадии боли, типичной для нормального процесса горевания. В тяжелых случаях создается культ умершего с отсутствием желания хоронить его (яркий пример такой реакции демонстрирует герой книги «Скарлет» Рет Батлер после смерти своей дочери Бонни).

8) самодеструктивное поведение: после потери человек живет в ущерб себе, разрушает сделанное своими руками или совместно с умершим (продает дом, раздает деньги и т.п.). Бессознательно он стремится вернуть то состояние, когда они с умершим были молоды и счастливы.

9) «Феномен годовщины»: из-за бессознательной идентификации с объектом утраты человек заболевает или умирает в годовщину его смерти.

10) «синдром замещения ребенка»: взамен умершего ориентировочно через год рождается новый ребенок. Однако смерть предыдущего ребенка еще не оплакана. В результате новорожденному навязывается идентификация с умершим ребенком. Его вынуждают чувствовать себя одновременно и мертвым, и живым. Это в большинстве случаев, по мнению Д.Л. Бекера, приводит к развитию психопатологии.

Таким образом, при патологическом горевании изменяется его интенсивность и динамика протекания.

4. Динамика горевания.

Существуют различные подходы к выделению этапов горевания. Рассмотрим некоторые из них.

Д. Боулби, описывая печаль и траур во взрослой жизни, предположил, что процесс горевания может протекать в четыре фазы:

1) Фаза оцепенения, которая длится от нескольких часов до недели и может быть прервана взрывами крайне интенсивного страдания и (или) гнева.

2) Фаза острой тоски и поиска утраченной фигуры, которая продолжается от нескольких месяцев и может длиться годами.

3) Фаза дезорганизации и отчаяния.

4) Реорганизация.

Б.Э. Мур и Б.Д. Файн выделяют в «работе» скорби три последовательные фазы, отмечая, что успешное завершение предыдущей фазы влияет на осуществление последующей:

1) Принятие, понимание и совладание с фактом утраты и сопровождающих его обстоятельств;

2) Собственно скорбь, характеризующаяся отходом от привязанности и идентификации с утраченным объектом (декатексис);

3) Возобновление эмоциональной жизни в соответствии с уровнем собственной зрелости и, как правило, установление новых взаимоотношений (рекатексис).

В. Волкан разделяет весь процесс горя две стадии:

1. Кризис горя – начинается с момента утраты или обнаружения факта близкой утраты (например, с получения информации о диагнозе).

2. Работа горя – сложный внутренний процесс преодоления, в результате которого утраченные отношения постепенно становятся воспоминаниями и не поглощают человека целиком (начинается после того, как человек принимает факт утраты).

Э. Линдеманн выделил шесть признаков острого горя:

1) Симптомы физического страдания (возникают в первые часы после утраты): приступы учащенного дыхания, ком в горле, потребность вздыхать, чувство пустоты в животе, мышечная слабость (потеря силы), потеря аппетита, напряжение и душевная боль. Эти реакции сменяются шоком и оцепенением.

2) Поглощённость образом умершего, чувство нереальности происходящего.

3) Чувство вины.

4) Враждебность по отношению к близким, которая пугает самого человека, и возникает желание отстраниться от общения.

5) Утрачиваются прежние модели поведения, связанные с умершим. Люди ищут себе какое-нибудь занятие и в то же время не способны начать и организовать какую-либо деятельность.

6) Некоторые из скорбящих воспроизводили характерные особенности умерших, прежде всего симптомы, которые проявлялись во время последнего заболевания умершего или были похожи на его поведение во время трагедии.

Остановимся более подробно на концепции Ф.Е. Васлюка. При описании динамики горя он подчеркивает, что в понимании данного процесса необходимо «сменить парадигму «забвения» на парадигму «памятования»». Другими словами, он подчеркивает важность не забывания утраты, а ее перевода в жизненный опыт, свободный от эмоционального заряда.

Ф.Е. Василюк выделяет следующие фазы горевания:

1. Шок и оцепенение. Первой реакцией на утрату часто является полное отрицание призошедшего. Характерное состояние может длиться от нескольких секунд до нескольких недель, в среднем к 7-9-му дню сменяясь постепенно другой картиной. Оцепенение – наиболее заметная особенность этого состояния. Скорбящий скован, напряжен. Его дыхание затруднено, неритмично, частое желание глубоко вдохнуть приводит к прерывистому, судорожному (как по ступенькам) неполному вдоху. Обычны утрата аппетита и сексуального влечения. Нередко возникающие мышечная слабость и малоподвижность иногда сменяются минутами суетливой активности.

В сознании человека появляется ощущение нереальности происходящего, душевное онемение, бесчувственность, оглушенность. Притупляется восприятие внешней реальности, и тогда в последующем нередко возникают пробелы в воспоминаниях об этом периоде. Первым сильным чувством, прорывающим пелену оцепенения, нередко оказывается злость, которая непонятна для самого человека. Злость – это специфическая эмоциональная реакция на преграду, помеху в удовлетворении потребности. Такой помехой бессознательному стремлению души остаться с любимым оказывается вся реальность, требующая выйти из состояния иллюзорной соединенности с ним.

Ф.Е. Василюк пишет, что обычно комплекс шоковых реакций истолковывается как защитное отрицание факта или значения смерти, предохраняющее горюющего от столкновения с утратой сразу во всем объеме. Однако, он считает это объяснение неверным: «Мы имеем дело не с отрицанием факта, что «его (умершего) нет здесь», а с отрицанием факта, что «я (горюющий) здесь». Не случившееся трагическое событие не впускается в настоящее, а само оно не впускает настоящее в прошедшее. Шок оставляет человека в этом «до», где умерший был еще жив, еще был рядом».

2. Фаза поиска, выделенная С. Паркесом, отличается, по его мнению, нереалистическим стремлением вернуть утраченного и отрицанием не столько факта смерти, сколько постоянства утраты. Она довольно постепенно сменяет предшествующую фазу шока и затем характерные для нее феномены еще долго встречаются в последующей фазе острого горя, но в среднем пик фазы поиска приходится на 5-12-й день после известия о смерти.

В это время человеку бывает трудно удержать свое внимание во внешнем мире, он постоянно ощущает присутствие умершего (голос, дыхание в пустой квартире, лицо в толпе). Это явление называют галлюцинациями горюющего, которые для данной стадии считаются вполне нормальными. В этот период надежда, постоянно рождающая веру в чудо, сосуществует с реалистической установкой, привычно руководящей всем внешним поведением горюющего.

3. Фаза острого горя (фаза отчаяния, страдания и дезорганизации) – длится до 6-7 недель с момента трагического события. В этот период сохраняются и первое время могут даже усиливаться различные телесные реакции – затрудненное укороченное дыхание; астения; мышечная слабость, утрата энергии, ощущение тяжести любого действия; чувство пустоты в желудке, стеснение в груди, ком в горле; повышенная чувствительность к запахам; снижение или необычное усиление аппетита, сексуальные дисфункции, нарушения сна.

Это период наибольших страданий, острой душевной боли. Появляется множество тяжелых, иногда странных и пугающих чувств и мыслей: ощущения пустоты и бессмысленности, отчаяние, чувство брошенности, одиночества,

злость, вина, страх и тревога, беспомощность. Типичны поглощенность образом умершего и его идеализация – подчеркивание необычайных достоинств, избегание воспоминаний о плохих чертах и поступках.

В отношениях с окружающими может наблюдаться утрата теплоты, раздражительность, желание уединиться. Изменяется повседневная деятельность. Человеку трудно сконцентрироваться на выполняемой работе, довести дело до конца; сложно организованная деятельность может на какое-то время стать и вовсе недоступной. Порой возникает бессознательное отождествление с умершим, проявляющееся в невольном подражании его походке, жестам, мимике.

По мнению Ф.Е. Василюка, боль на данном этапе вызывается самим горюющим: «феноменологически в приступе острого горя не умерший уходит «ОТ» нас, а мы сами уходим от него, отрываемся от него или отталкиваем его от себя. И вот этот, своими руками производимый отрыв, этот собственный уход, это изгнание любимого и наблюдение за тем, как его образ действительно отдаляется, растворяется и исчезает, и вызывают, собственно, душевную боль». Самое важное в исполненном акте острого горя, по мнению Ф.Е. Василюка, это не сам факт болезненного отрыва, а его продукт. В качестве продукта выступает перестройка отношений с умершим, формирование памяти о нем и исчезновение боли.

В период острого горя его переживание становится ведущей деятельностью человека: оно составляет основное содержание всей его активности и становится сферой развития его личности. Поэтому фазу острого горя можно считать критической в отношении дальнейшего переживания горя, а порой она приобретает особое значение и для всего жизненного пути.

4. Фаза «остаточных толчков и реорганизации» (Дж. Тейтельбаум). На этой фазе жизнь входит в свою колею, восстанавливаются сон, аппетит, профессиональная деятельность, умерший перестает быть главным средоточением жизни. Переживание горя теперь не ведущая деятельность, оно протекает в виде сначала частых, а потом все более редких отдельных толчков. Такие остаточные приступы горя могут быть столь же острыми, как и в предыдущей фазе,

а на фоне нормального существования субъективно восприниматься как еще более острые. Поводом для них чаще всего служат какие-то даты, традиционные события или события повседневной жизни. Четвертая фаза, как правило, длится в течение года: за это время происходят практически все обычные жизненные события и в дальнейшем начинают повторяться. Годовщина смерти является последней датой в этом ряду.

За этот период утрата постепенно входит в жизнь. Человеку приходится решать множество новых задач, связанных с материальными и социальными изменениями, и эти практические задачи переплетаются с самим переживанием. Он очень часто сверяет свои поступки с нравственными нормами умершего, с его ожиданиями, с тем, «что бы он сказал». Постепенно появляется все больше воспоминаний, освобожденных от боли, чувства вины, обиды, оставленности. Некоторые из этих воспоминаний становятся особенно ценными, дорогими, они входят в семейную «мифологию». Высвобождаемый актами горя материал образа умершего подвергается своеобразной эстетической переработке.

5. Фаза «завершения» - наступает приблизительно через год после утраты. Здесь горюющему приходится порой преодолевать некоторые культурные барьеры, затрудняющие акт завершения (например, представление о том, что длительность скорби является мерой любви к умершему). Смысл и задача работы горя в этой фазе состоит в том, чтобы образ умершего перешел в разряд жизненного опыта.

Дж.В. Ворден предложил вариант описания реакции горя не по стадиям или фазам, а через четыре задачи (tasks), которые должны быть выполнены горюющим при нормальном течении горя и схожие по сути с теми задачами, которые решает ребенок по мере взросления и отделения от матери. Ворден считает этот подход наиболее удобным для клиницистов и наиболее близким к теории Фрейда о работе горя.

Задачи горя по Дж.В. Вордену:

1. Признание потери: важно осознать, что умершего больше нет.

Существует несколько вариантов отрицания потери:

1) Отрицание необратимости потери – «я не хочу, чтобы он умирал», увлечение спиритизмом, религией – длится до 8 недель.

2) Отрицание значимости потери – «я не скучаю»; избирательное забывание чего-то, связанного с умершим.

3) Отрицание факта потери – несколько дней не замечает, что человек умер; мумификация (например, более 6 месяцев сохраняет комнату умершего нетронутой). Видит умершего в другом.

2. Открытое проживание чувств. Здесь важно ощутить боль потери, выявить ее и проработать. Если чувства не отработаны, возможно развитие депрессии и психосоматических заболеваний.

Препятствуют проработке боли:

1) идеализация умершего;

2) путешествия;

3) загрузка работой;

4) эйфория: отказ верить в утрату и постоянное ощущение присутствия умершего.

3. Наладка окружения, где ощущается отсутствие усопшего. Выработка умений справляться с теми областями жизни, где влияние умершего было наиболее заметно. Возможные проблемы связаны с тем, что горюющий может не осознавать тех ролей, которые умерший играл в его жизни. Иногда отсутствие выработки умений продуцируется семьей.

4. Выстроить новое отношение к умершему и продолжить жить. Создание новых эмоционально насыщенных связей. Изъятие эмоциональной энергии из прежних связей и перевод ее в другие. Часто задача начинает реализовываться только через несколько лет.

Препятствуют решению этой задачи:

1) чувство вины;

2) социальный запрет на новые связи.

Таким образом, не смотря на многообразие подходов и формулировок, все авторы выделяют в динамике горевания периоды шока, острого горя и проработки травматических переживаний с последующим переводом их в жизненный опыт.

5. Психологическая помощь горюющему.

В. Волкан полагает, что большинство скорбящих не нуждается в профессиональной помощи, чтобы справиться с горем и к ней не прибегает. Однако все горюющие нуждаются в поддержке:

1) Люди нуждаются в поддержке окружающих и в такой среде, где бы они могли свободно говорить о себе и своих чувствах.

2) Как правило, человеку приносит облегчение знание того, что чувства вины, гнева и быстро сменяющиеся реакции отрицания, расщепления и уговоров являются типичными в данной ситуации. Успокаивает и понимание того, что переживание горя – это период сильного душевного волнения и боли, которая может проявляться у всех по-разному.

3) Важно поощрять человека на откровенные разговоры с друзьями и родственниками о смерти и собственных чувствах.

4) В подростковом возрасте следует не щадить подростков, а побуждать их к открытому выражению чувств и участию в похоронной церемонии. Они способны горевать как взрослые. Как подчеркивает О. Шустова, даже маленькому ребенку нужно знать, что горе – это переживание, у которого есть начало и конец.

5) Для небольшого числа людей, нуждающихся в психотерапевтической помощи – лечение варьирует от краткосрочной терапии до психоанализа. Чтобы быть эффективной терапия должна занять какое-то время, необходимое для изучения значимости утраты для данного человека и причин, которые привели к осложнённому горю, включая и утраты, понесённые в детском возрасте.

О. Шустова, вслед за В. Волканом отмечает, что решающей для горевания является способность облекать переживания в слова. Дж. Хэгман пишет, что язык помогает Эго внести порядок в противоречивые и зачаточные импульсы, восприятия и переживания, помогая преодолеть обездоленность и приобрести структуру.

Помощь профессионала, прежде всего, необходима человеку, горе которого приобрело патологический характер, либо когда велик риск, что оно может стать таковым. В этом случае используется весь комплекс методов, пригодных для кризисной помощи, терапии психологических травм и посттравматического стресса. Психологическая помощь может потребоваться и через годы, прошедшие после утраты, в тех случаях, когда «работа горя» не была завершена.

А.Н. Моховиков и Е.А. Дыхне, как и ряд других авторов, полагают, что самое важное при работе с клиентом в состоянии острого горя – это активное выслушивание с готовностью принять и облегчить его чувства и переживания. Советы или наставления оказываются непродуктивными. Клиенту следует дать возможность полностью выразить свои чувства и оказать поддержку симпатией и добротой. Необходимо быть с ним, чтобы он знал, что его переживания являются естественными и он не одинок. Эмпатическое понимание со стороны консультанта является эффективным на всех этапах процесса горя, поскольку способствует интеграции опыта утраты. Собеседник может неоднократно возвращаться к актуальным переживаниям или различным деталям утраты. Эффективность помощи будет во многом зависеть от степени терпения в ходе эмпатического выслушивания.

Скорость принятия утраты у разных людей различна. Помня об этом, следует определить по основным признакам стадию, в которой находится собеседник, а также предполагаемую скорость «работы горя». Горюющий не может увеличивать ее произвольно, поэтому, используя эмпатию, необходимо идти вместе с ним, по возможности, скорее.

Если позволяет состояние собеседника, имеет смысл работать вместе над исследованием проблемы. В этом процессе очень важным становится факт утраты. Исследование приводит к обсуждению понятия о смерти. В этом контексте продуктивным, по мнению А.Н. Моховикова и Е.А. Дыхне, становится тезис М.К. Мамардашвили: «Человек начинается с плача по умершему», дающий огромные коррекционные возможности для работы с собеседником.

Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. описали этапы психологической помощи в соответствии с этапами переживания горя.

Помощь на стадии шока. Необходимо присутствовать рядом с человеком, понесшим утрату, не оставлять его одного, заботиться о нем. Выражать свою заботу и внимание лучше через прикосновения. Именно таким образом люди выражают свое участие, когда слова им неподвластны. Даже простое пожатие руки лучше, чем холодная изоляция. Страдающий человек всегда вправе не принять руку, так же как и другое участие, но предлагать помощь необходимо.

Помощь на стадии острого горя. Следует говорить об умершем, причине смерти и чувствах в связи с происшедшим. Спрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни, даже если они неоднократно повторяются. Вопросы: «На кого он был похож?», «Можно ли увидеть его фотографии?», «Что он любил делать?», «Что вы сейчас вспоминаете о нем?» вовсе не бестактны – они позволяют скорбящему выговориться.

Если перенесший потерю человек как бы замирает, ничего не говорит, глядя в пространство, не стоит пытаться его разговорить, во что бы то ни стало заполнить тишину словами. Необходимо быть готовыми продолжить разговор, когда тот возвратится к реальности. Не всегда нужно знать, в какие воспоминания погружается человек, о чем он думает. Главное – создать вокруг него атмосферу присутствия и понимания.

В случае внезапной или насильственной смерти необходимо неоднократно обсуждать все мельчайшие детали, до тех пор, пока они не утратят своего устрашающего, травматического характера, – только тогда человек, потерявший близкого, сможет оплакивать его.

Необходимо дать возможность выплакаться, не стараясь непременно утешать. При этом не следует всем своим видом постоянно подчеркивать сочувственное отношение, подчеркивать особый статус страдающего человека.

Постепенно (ближе к концу этого периода) следует приобщать скорбящего к повседневной деятельности.

Помощь на стадии восстановления. Надо помогать заново включиться в жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность

вновь и вновь говорить об умершем. Полезными в этот период могут быть и какие-либо просьбы о помощи со стороны друзей, близких, выполнение которых поможет пережившему утрату «встряхнуться»; иногда эффективны даже упреки в безразличии, невнимании к близким, напоминания об обязанностях.

В заключение консультирования следует работать с собеседником над интеграцией опыта потери. Она достигается разработкой индивидуальной стратегии переживания горя и исследованием предлагаемых жизнью новых возможностей. Следует рассмотреть горе как процесс личностного роста клиента и способствовать укреплению надежды, скрывающейся в имеющихся системах поддержки человека. Важной задачей является переключение его энергии на новые отношения и занятия.

И.Г. Малкина-Пых выделяет ряд важных моментов, на которые нужно обращать внимание при консультировании:

1) слушайте, принимая, а не осуждая;

2) сделайте так, чтобы человеку стало ясно, что у вас есть искреннее желание ему помочь выразить свое горе;

3) принимайте чувства и страхи человека серьезно;

4) будьте готовы, что некоторые люди будут злиться на вас;

5) дайте время для того, чтобы появилось доверие: пока его нет, клиент не способен делиться с вами своими переживаниями;

6) дайте надежду, подбодрите клиента тем, что, несмотря на болезненность испытания, люди все же оправляются от горя;

7) соблюдайте уместную дистанцию, не позволяйте себе запутаться в чужих проблемах настолько, чтобы стало невозможным сохранять позицию помогающего.

Важная цель консультации и терапии – это позволить пережившему утрату выразить целый ряд чувств, мыслей и действий. При этом:

1) будьте реалистичны: желание устранить боль немедленно – неуместно;

2) побуждайте к разговору об умершем и выражению чувств;

3) не удивляйтесь, что человек повторяет историю о смерти; повторение и проговаривание – естественный способ справиться с горем;

4) дайте человеку информацию о том, что «нормально» в состоянии горя, например соматические симптомы, нарушение сна, плохой аппетит и т. д.;

5) позвольте ему найти подходящую «передышку» от горя, не давая в то же время избегать процесса «работы горя».

Если реакция утраты подавляется, полезно, кроме всего перечисленного выше, изучить причины, почему человек избегает горя. Если реакция утраты искажена, может оказаться ценным следующее:

1) побуждайте выражение и осознание чувств;

2) работайте над проблемами, созданными отношением сильной зависимости;

3) обратите внимание на двойственные отношения между умершим и горюющим человеком; ищите, в чем их истоки;

4) если чувство вины необоснованно, помогите человеку избавиться от него;

5) если чувство вины обоснованно, подумайте о том, как человек может с этим жить, может ли он как-то искупить свою вину;

6) попытайтесь найти незаконченные дела между умершим и горюющим и проработайте этот вопрос.

Если горе приобретает хронический оттенок, то следует установить:

1) почему человек не может отказаться от этой фиксации;

2) какой отпечаток смерть отбрасывает на отношение человека к себе на фоне утраты;

3) есть ли какая-то вторичная выгода от того, что человек держится за горе.

Важно признать, что консультации являются только частью процесса «работы горя», что большая ее часть совершается в естественных взаимоотношениях с окружающими. Важно не мешать этому процессу.

И в заключение приведем пример работы с горем, описанный Ф.Е. Василюком: «Мне пришлось однажды работать с молодым маляром, потерявшим дочь во время армянского землетрясения. Когда наша беседа подходила к концу, я попросил его прикрыть глаза, вообразить перед собой мольберт с белым

листом бумаги и подождать, пока на нем появится какой-то образ. Возник образ дома и погребального камня с зажженной свечой. Вместе мы начинаем дорисовывать мысленную картину, и за домом появились горы, синее небо и яркое солнце. Я прошу сосредоточиться на солнце, рассмотреть, как падают его лучи. И вот в вызванной воображением картине один из лучей солнца соединяется с пламенем погребальной свечи: символ умершей дочери соединяется с символом вечности. Теперь нужно найти средство отстраниться от этих образов. Таким средством служит рама, в которую отец мысленно помещает образ. Рама деревянная. Живой образ окончательно становится картиной памяти, и я прошу отца сжать эту воображаемую картину руками, присвоить, вобрать в себя и поместить ее в свое сердце. Образ умершей дочери становится памятью – единственным средством примирить прошлое с настоящим».

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Психология горя как особая область науки и практики.
2. Теории горя и горевания.
3. Горе как следствие утраты. Типология утрат.
4. Факторы, влияющие на процесс горевания.
5. Нормальное и осложненное (патологическое) горе.
6. Стадии горевания (различные подходы).
7. Психологическая помощь горюющему.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. Дайте сравнительную характеристику нормального и осложненного горевания. Опишите варианты протекания осложненного горевания.

2. Подготовьте сообщение на тему: «Культуральные (этнопсихологические) особенности горевания». Опишите особенности оказания психологической помощи горюющим, принадлежащим к различным культурам.

3. Проанализируйте «нормы горевания», принятые в вашем регионе. Является ли такой вариант горевания нормальным или осложненным?

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

2. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

Дополнительная

1. Антипов В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: Владос-ПРЕСС, 2004. – 176 стр.

2. Боулби. Д Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. В.В. Старовойтова – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2004. – 232 с.

3. Василюк Ф.Е. Пережить горе // [электронный ресурс] режим доступа: http://nkozlov.ru/library/psychology/d3469/

4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) [Текст] / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МУ, 1984. – 200 с.

5. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты: Психология горевания / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2007. – 160 с.

6. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – СПб.: Речь, 2001. – 162 с.

7. Дейтс Б. Жизнь после потери [Текст] / Б. Дейтс; Пер. с англ. В. Челноковой. – М.: Фаир-Пресс, 1999. – 300с.

8. Заманаева Ю.В. Утрата близкого человека - испытание жизнью / Ю.В. Заманаева. – СПб.: изд-во Санкт-Петербургского Университета, 2007. – 272 с.

9. Линдеманн. Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. 2-е изд./ Под ред. В.К. Вилюноса, Ю.Б. Гипенрейтер. М.: Изд-во МГУ, 1993. – С. 224-232.

10. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

11. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.

12. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ. вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

13. Сидорова В.Ю. Четыре задачи горя // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2001. - № 1-2. – С. 110 – 118.

14. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 208 – 219.

15. Шефов С.А. Психология горя / С.А. Шефов. – Спб.: Речь, 2007. – 72 с.

16. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Пер. с англ. Т.С. Драбкиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 1999. – 576 с.

Тема 8. Методы оказания экстренной психологической помощи.

Лекционный материал

План:

1. Понятие и базовые принципы оказания экстренной психологической помощи.
2. Организационные аспекты оказания экстренной психологической помощи.
3. Методы оказания помощи при острых стрессовых реакциях.
4. Самопомощь при острых реакциях на стресс.

1. Понятие и базовые принципы оказания экстренной психологической помощи.

Экстренная психологическая помощь – это краткосрочная помощь после сильного негативного стрессогенного воздействия (дистресса) (Шойгу Ю.С.). Она рассматривается как самостоятельная область психологической практики.

Своеобразие экстренной психологической помощи обусловлено особыми условиями, в которых протекает профессиональная деятельность психолога. Необычность условий, по данным Ю.С. Шойгу, определяется четырьмя факторами:

1. *Наличие психотравмирующего события,* оказавшего сильнейшее воздействие на эмоциональную, когнитивную, личностную сферы человека. Это могут быть масштабные чрезвычайные ситуации природного или техногенного характера, или менее масштабные события, также являющиеся мощными стрессогенными воздействиями на человека. Почти всегда такое событие можно охарактеризовать как событие внезапное.

2. *Фактор времени* – экстренная психологическая помощь всегда оказывается в сжатые сроки.

3. *Непривычные для работы специалиста-психолога условия* (нет или недостаточно отдельных помещений для работы, плохие бытовые условия и т.д.).

4. *Сконцентрированность в одном месте большого числа людей, нуждающихся в психологической помощи.*

Из специфики экстренной психологической помощи вытекают ее цель и основные задачи.

Целью психолого-психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях является сохранение психического и соматического здоровья пострадавших, устранение дополнительной угрозы жизни для них и их окружения в силу особых изменений поведения, психического состояния в экстремальной ситуации (Сидоров П.И. и др.).

Основными задачами, по мнению Ю.С. Шойгу, являются следующие:

1. Поддержание на оптимальном уровне психологического и психофизиологического состояния человека (оказание помощи при острых стрессовых реакциях).

2. Предупреждение отсроченных неблагоприятных реакций, в том числе и путем избавления человека от неблагоприятных эмоциональных состояний, возникших непосредственно в результате психотравмирующего события.

3. Предупреждение и при необходимости прекращение проявления выраженных эмоциональных реакций, в том числе массовых.

4. Консультирование пострадавших, их родных, близких, а также персонала, работающего в условиях ликвидации последствий ЧС, об особенностях переживания стресса.

5. Помощь специалистам, принимающим участие в ликвидации последствий ЧС.

Сидоров П.И. с соавторами выделяют следующие принципы оказания экстренной медико-психологической помощи (поскольку психологи в условиях ЧС практически всегда работают совместно с врачами):

1. Профессионализм – грамотное и своевременное проведение специальных мероприятий в максимальном объеме.

2. Приближенность – максимальное приближение помощи к очагу поражения.

3. Неотложность – оказание помощи в максимально короткий срок.

4. Преемственность – соблюдение единых принципов оказания помощи с последовательным наращиванием лечебных мероприятий, которые достигаются:

1) едиными взглядами на патогенез, клинику, дифференциальную диагностику и реабилитацию;

2) единой четкой документацией.

5. Надежность – поддержание у пострадавших уверенности в своевременном и качественном оказании им помощи.

6. Простота – общедоступность и ясность организации лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

7. Индивидуальность – оказание помощи с учетом личности и индивидуального своеобразия психических проявлений.

Схожим образом формулирует принципы оказания экстренной психологической помощи и Ю.С. Шойгу:

1. Принцип защиты интересов клиента: в экстремальных условиях с клиентом чаще всего не заключается психотерапевтический договор, то есть не проговариваются границы работы с проблемой. Помощь, как правило, направлена на актуальное состояние клиента.

2. Принцип «не навреди» - реализуется в соответствии с правилами:. 1) краткосрочность оказания помощи; 2) помощь должна быть направлена на коррекцию актуального состояния, вызванного данной ситуацией; 3) обеспечение экологичности проводимых мероприятий для будущей жизни клиента.

3. *Принцип добровольности.* Этот принцип в условиях экстренной психологической помощи трансформируется в особое поведение – специалист-психолог активно и ненавязчиво предлагает свою помощь пострадавшим. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые зачастую не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны – не нарушает личных границ человека.

4. Принцип конфиденциальности. Конфиденциальность может быть нарушена в случае получения психологом информации о том, что действия клиента могут быть опасны для самого клиента или для окружающих.

5. Принцип профессиональной мотивации. В экстремальной ситуации соблюдение его становится особенно важным, так как существует большая вероятность того, что, помимо профессиональной мотивации, у специалиста могут присутствовать другие, иногда более сильные мотивы (мотив самоутверждения, мотив получения социального признания и т.д.).

6. Принцип профессиональной компетентности предполагает, что специалист, оказывающий помощь, должен быть достаточно квалифицирован, иметь соответствующее образование и специальную подготовку для работы в чрезвычайных ситуациях.

Соблюдение этих принципов необходимо. Это своего вода этический кодекс специалиста-психолога при работе в чрезвычайных ситуациях.

И.Г. Малкина-Пых, подчеркивает, что при оказании психологической помощи людям, побывавшим в экстремальных ситуациях, следует принять во внимание одно очень важное положение – «настоящее бедствие наступает тогда, когда кончается действие стихии и начинается оказание помощи пострадавшим». С одной стороны, не только сами чрезвычайные ситуации, но и масштабы их разрушительных действий, их внезапность, распространенность вызываемых ими стрессов и т.п. во многом предопределяются особенностями предкатастрофного развития. С другой, только в посткатастрофный период можно реально определить степень деструктивного влияния катастрофы на динамику социальной структуры, на производственное, социокультурное, психологическое взаимодействие людей, на демографические процессы в зонах бедствия. Именно поэтому в современных условиях все более актуальными становятся вопросы психологической и психосоциальной работы с различными категориями людей, побывавших в экстремальных ситуациях.

2. Организационные аспекты оказания экстренной психологической помощи.

В конце 1980-х М.М. Решетников с соавторами высказали следующие предложения по составу и структуре аварийно-спасательных формирований, которые должны включать:

1. Подразделения для организации управления, охраны порядка, осуществления связи и контроля за снабжением (во всех случаях в районы стихийных бедствий и катастроф «стекается» определенное количество авантюристов, имеют место мародерство и отсутствие должного взаимодействия территориальных органов управления и охраны порядка в течение первых двух-трех суток; значительная часть поступающих в районы бедствий и катастроф материальных средств, медицинского оборудования и препаратов в первые часы нередко распределяется нерационально).

2. Подразделения для проведения аварийно-спасательных работ непосредственно в очаге бедствия (аварии) и эвакуации пострадавших. Комплектование этих подразделений целесообразно осуществлять с использованием методов оценки физической подготовленности и психологического отбора, в частности с помощью методов, направленных на диагностику уровня нервно-психической устойчивости. М.М. Решетников с соавторами отмечают, что до 25 – 30 % прибывающих для проведения спасательных работ, в том числе из состава частей ГО, в силу индивидуальных особенностей и состояния нервно-психической сферы не пригодны для этой деятельности.

3. Медицинские подразделения из числа врачей всех специальностей, имеющих опыт медицинской сортировки пострадавших и оказания помощи на различных этапах эвакуации, а также психологически подготовленных к работе в очаге массовых санитарных потерь.

4. Подразделения психологов и психиатров для: а) оказания психологической помощи пострадавшим, проведения психотерапевтической и психофармакологической коррекции, а также разработки мероприятий по социально-психологической реабилитации пострадавших с учетом конкретной ситуации;

б) оказания социально-психологической помощи родным и близким пострадавших и погибших; в) психологического обеспечения деятельности специальных команд, частей и подразделений, привлекаемых к аварийно-спасательным работам.

В настоящее время психологическая (психолого-психиатрическая помощь) пострадавшим в ЧС включает следующие этапы (по данным П.И. Сидорова):

1. Первый этап – начинается в период развития экстремальной ситуации, когда по сигналу о катастрофе бригады экстренной медицинской помощи выезжают на границу очага чрезвычайного происшествия и приступают к ее оказанию. В силу краткосрочности самого этапа (от нескольких минут или часов) медики и спасатели не могут приступить к оказанию помощи, поэтому их функции выполняют лица, находящиеся рядом с очагом катастрофы.

2. Второй этап – осуществляется в виде квалифицированной помощи в лечебных учреждениях, развернутых в зоне, непосредственно прилегающей к зоне чрезвычайного происшествия.

3. Третий этап – начинается с момента эвакуации пострадавшего в специализированное учреждение, где ему оказывается специализированная психолого-психиатрическая помощь.

Цели работы психолога:

1) психологическая диагностика состояний пострадавших и прогнозирование последствий перенесенных психотравмирующих обстоятельств

2) проведение психологической коррекции

3) разработка мероприятий по социально-психологической реабилитации пострадавших

4) оказание социально-психологической помощи родным и близким пострадавших и погибших

Ю.С. Шойгу описывает целостную организационную схему деятельности специалистов психологической службы на месте ЧС. Рассмотрим ее с некоторыми сокращениями.

1. Подготовительный этап. Цель – подготовка развернутого плана действий по оказанию экстренной психологической помощи. Для этого необходимо осуществить:

1) *Сбор информации о психологической ситуации, сложившейся в результате ЧС* (ее можно получить от специалистов различного профиля, уже работающих на месте происшествия или собрать самостоятельно).

Сбор информации производится по следующей схеме:

А) Определение мест, где предстоит работать психологам: места дислокации пострадавших и их родственников, пункты проведения массовых мероприятий (панихиды, опознания, встречи с представителями властных структур).

Б) Приблизительный подсчет людей, нуждающихся в помощи.

В) Выяснение числа специалистов, которые уже работают или приступят к работе в ближайшее время.

Г) Уточнение времени, мест и примерного количества участников массовых мероприятий.

Д) Выяснение порядка, времени и места действий, которые необходимо совершить пострадавшим или их родственникам (выплата компенсаций, процесс опознания, получение свидетельств о смерти и т.д.).

2. *Определение места и порядка работы каждого специалиста* – задача, от успешности решения которой часто зависит эффективность оказания помощи. Каждый специалист должен знать, что ему предстоит делать на конкретном участке работы.

3. *Составление ориентировочного плана работ.* Следует помнить, что на протяжении всего периода оказания экстренной психологической помощи этот план может изменяться и корректироваться в зависимости от изменяющихся условий деятельности.

1. Основной этап. Здесь специалисты-психологи работают по двум основным направлениям:

1) помощь специалистам, участвующим в ликвидации последствий ЧС, нацеленная на обеспечение условий профессиональной деятельности;

2) помощь пострадавшим в результате ЧС.

Содержание деятельности специалистов-психологов может быть различным, оно определяется на подготовительном этапе и отражается в плане работ. Это содержание зависит от специфических характеристик ситуации.

2. Завершающий этап. Основные задачи этапа:

1) Оказание помощи тем лицам, кому это необходимо. Как правило, на завершающем этапе количество пострадавших, находящихся в районе ликвидации последствий ЧС, невелико, однако нуждающиеся в психологической помощи есть.

2) Мероприятия по оказанию психологической помощи специалистам, участвующим в ликвидации последствий ЧС. Такие мероприятия возможны и целесообразны на данном этапе, так как интенсивность работ по ликвидации последствий ЧС, оказанию социальной помощи пострадавшим и т.д. снижается, а усталость специалистов, осуществляющих такую помощь, накапливается.

3) Обобщение и анализ информации, полученной в ходе работ по оказанию экстренной психологической помощи.

4) Составление прогноза развития ситуации на основании обобщения и анализа данных.

Во время работы в зоне ЧС психологи принимают участие в организации и проведении медицинской сортировки пострадавших. В процессе медицинской сортировки спасателями и врачами выделяются следующие группы:

1 группа – люди, представляющие опасность для себя и окружающих. При безуспешности фармакологической коррекции возбуждения эти лица помещаются в психоизолятор.

2 группа – нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи.

3 группа – нуждающиеся в специализированной помощи, которая может быть отсрочена

4 группа – пострадавшие с легкими формами психогенных расстройств после оказания помощи и отдыха могут быть возвращены к нормальной жизнедеятельности.

Особая группа – пострадавшие, у которых наряду с основным поражением имеются психогенные расстройства. При их сортировке следует руководствоваться основным заболеванием, требующим специализированной хирургической или терапевтической помощи.

3. Методы оказания помощи при острых стрессовых реакциях.

В главе 5, посвященной острому стрессовому расстройству, были рассмотрены состояния, наиболее часто встречающиеся у людей, оказавшихся в чрезвычайной (экстремальной) ситуации. Рассмотрим особенности психологической помощи при каждом из них.

Психологическая помощь при страхе.

1) Не оставляйте человека одного. Страх тяжело переносить в одиночестве.

2) Положите руку пострадавшего себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс. Это будет для него сигналом: «Я сейчас рядом, ты не один!».

3) Дышите глубоко и ровно. Побуждайте пострадавшего дышать в одном с вами ритме. Предложите ему сделать несколько дыхательных упражнений.

4) Если пострадавший говорит, слушайте его, выказывайте заинтересованность, понимание, сочувствие. Есть мнение, что такие разговоры только усиливают страх, однако ученые давно доказали, что, когда человек проговорит свой страх, тот становится не таким сильным.

5) Сделайте пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

6) Не пытайтесь отвлечь человека фразами: «Не думай об этом», «Это ерунда», «Это глупости» и т.д.

7) Если боится ребенок, поговорите с ним о его страхах, после этого можно поиграть, порисовать, полепить – это поможет ребенку выразить свои чувства.

8) Постарайтесь занять человека каким-нибудь делом. Этим вы отвлечете его от переживаний. Помните – страх может быть полезным (если помогает из-

бегать опасных ситуаций), поэтому бороться с ним нужно тогда, когда он мешает жить нормальной жизнью.

Психологическая помощь при тревоге.

1) Очень важно постараться разговорить человека и понять, что именно его тревожит. В этом случае, возможно, человек осознает источник тревоги и сможет успокоиться.

2) Часто человек тревожится, когда у него не хватает информации о происходящих событиях. В этом случае можно попытаться составить план, когда, где и какую информацию можно получить.

3) Попытайтесь занять человека умственным трудом: считать, писать и т.д. Если он будет увлечен этим, то тревога отступит.

4) Физический труд так же может быть хорошим способом успокоиться. Если есть возможность, можно сделать зарядку или совершить пробежку.

Психологическая помощь при плаче.

1) Не оставляйте пострадавшего одного.

2) Установите физический контакт с пострадавшим (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо или спину, погладьте его по голове). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.

3) Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут пострадавшему выплеснуть свое горе): периодически произносите «ага», «да», кивайте головой, то есть подтверждайте, что слушаете и сочувствуете; повторяйте за пострадавшим отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорите о своих чувствах и чувствах пострадавшего.

4) Не старайтесь успокоить пострадавшего. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5) Не задавайте вопросов, не давайте советов. Ваша задача – выслушать.

Психологическая помощь при истерике.

1) В отличие от слез, истерика – это состояние, которое необходимо постараться прекратить, поскольку в этом состоянии человек теряет много физических и психологических сил.

2) Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Останьтесь с человеком наедине, если это не опасно для вас.

3) Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (например, можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). Если такое действие совершить не удается, то сидите рядом с человеком, держите его за руку, поглаживайте по спине, но не вступайте с ним в беседу или, тем более, в спор. Любые ваши слова в этой ситуации только подольют масла в огонь.

4) После того, как истерика пошла на спад, говорите с пострадавшим короткими фразами, уверенным, но доброжелательным тоном («выпей воды», «умойся»).

5) После истерики наступает упадок сил. Дайте человеку возможность отдохнуть.

6) Не потакайте желаниям пострадавшего.

Психологическая помощь при апатии.

1) Поговорите с человеком. Задайте ему несколько простых вопросов исходя из того, знаком он вам или нет: «Как тебя зовут?», «Как ты себя чувствуешь?», «Хочешь есть?».

2) Проводите пострадавшего к месту отдыха, помогите удобно устроиться (обязательно нужно снять обувь).

3) Возьмите человека за руку или положите свою руку ему на лоб.

4) Дайте ему возможность поспать или просто полежать.

5) Если нет возможности отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице), то больше говорите с пострадавшим, вовлекайте его в любую совместную деятельность (можно прогуляться, сходить выпить чая или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

Психологическая помощь при чувстве вины и стыда.

1) Поговорите с человеком, выслушайте его. Дайте понять, что вы слушаете и понимаете его (кивайте, поддакивайте, говорите «угу», «ага»).

2) Не осуждайте человека, не старайтесь оценивать его действия, принимайте человека таким, какой он есть.

3) Не пытайтесь переубедить человека («Ты не виноват», «Такое с каждым может случиться»). На этом этапе важно дать человеку выговориться, рассказать о своих чувствах.

4) Не давайте советов, не рассказывайте о своем опыте, не задавайте вопросов – просто слушайте.

Психологическая помощь при двигательном возбуждении.

1) Постарайтесь найти возможность физически остановить человека. Прежде, чем пытаться ему помочь, убедитесь, что это не опасно для вас. Помните, психологическая помощь возможна только в случае, если пострадавший отдает себе отчет в своих действиях.

2) Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки пострадавшему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.

3) Изолируйте пострадавшего от окружающих.

4) Задавайте человеку вопросы, которые привлекут его внимание, или поручите дело, которое заставит его задуматься. Любая интеллектуальная активность снизит уровень активности физической.

5) Предложите прогуляться, сделать несколько физических упражнений, выполнить какую-то физическую работу (что-то принести, переставить и т.д.), так, чтобы он почувствовал физическую усталость.

6) Предложите совместно сделать дыхательную гимнастику.

7) Массируйте «позитивные» точки. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)

8) Не спорьте с пострадавшим, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям (например: «Не беги», «Не размахивай руками», «Не кричи»).

9) Помните, что пострадавший может причинить вред себе и другим.

10) Помните, что двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

Психологическая помощь при нервной дрожи.

1) Нужно усилить дрожь.

2) Возьмите пострадавшего за плечи и сильно, резко потрясите в течение 10–15 секунд.

3) Продолжайте разговаривать с ним, иначе он может воспринять ваши действия как нападение.

4) После завершения реакции необходимо дать пострадавшему возможность отдохнуть. Желательно уложить его спать.

Категорически нельзя:

1) обнимать пострадавшего или прижимать его к себе;

2) укрывать пострадавшего чем-то теплым;

3) успокаивать пострадавшего, говорить, чтобы он взял себя в руки.

Психологическая помощь при гневе, злости, агрессии.

1) Сведите к минимуму количество окружающих.

2) Дайте пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или избить подушку).

3) Поручите работу, связанную с высокой физической нагрузкой.

4) Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с пострадавшим, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. В противном случае агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!». Надо говорить: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».

5) Старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями, но только в том случае, если это уместно.

6) Агрессия может быть погашена страхом наказания, если:

– нет цели получить выгоду от агрессивного поведения;

– наказание строгое и вероятность его осуществления велика.

7) Если не оказать помощь разъяренному человеку, это приведет к опасным последствиям: из-за снижения контроля за своими действиями человек будет совершать необдуманные поступки, может нанести увечья себе и другим.

Психологическая помощь при наличии у пострадавшего бреда и галлюцинаций.

1. Обратитесь к медицинским работникам, вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не пытайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего невозможно.

Психологическая помощь при ступоре.

1) Согните пострадавшему пальцы на обеих руках и прижмите их к основанию ладони. Большие пальцы должны быть выставлены наружу.

2) Кончиками большого и указательного пальцев массируйте пострадавшему точки, расположенные на лбу, над глазами ровно посредине между линией роста волос и бровями, четко над зрачками.

3) Ладонь свободной руки положите на грудь пострадавшего. Подстройте свое дыхание под ритм его дыхания.

4) Человек, находясь в ступоре, может слышать и видеть. Поэтому говорите ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать сильные эмоции (лучше негативные). Необходимо любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

Помощь и поддержка окружающих во время и сразу после трагических событий помогают человеку справиться с горем, не попасть в дальнейшем в замкнутый круг страха, вины и отчаянья.

4. Самопомощь при острых реакциях на стресс.

Для анализа приемов самопомощи в ситуации острого стресса обратимся к работе Ю.С. Шойгу. При наличии сильных негативных эмоций она предлагает использовать ряд универсальных приемов, которые не являются собственно психологическими:

1) Займитесь физическим трудом: переставляйте мебель, убирайте, работайте в саду.

2) Сделайте зарядку, совершите пробежку или просто пройдитесь в среднем темпе.

3) Примите контрастный душ.

4) Покричите, потопайте ногами, побейте ненужную посуду и т.д.

5) Дайте волю слезам, поделитесь своими переживаниями с людьми, которым вы можете доверять.

6) Не употребляйте большое количество алкоголя, это, как правило, только усугубляет ситуацию.

Помимо универсальных Ю.С. Шойгу предлагает способы, которые помогают справиться с каждой конкретной реакцией.

Самопомощь при страхе**:**

1) Попытайтесь сформулировать про себя, а потом проговорить вслух, что вызывает страх. Если есть возможность, поделитесь своими переживаниями с окружающими людьми. Высказанный страх становится меньше.

2) При приближении приступа страха дышать нужно неглубоко и медленно – вдыхать через рот, а выдыхать через нос. Можно попробовать такое упражнение: сделайте глубокий вдох, задержите дыхание на 1-2 секунды, выдохните. Повторите упражнение 2 раза. Потом сделайте 2 нормальных (неглубоких) медленных вдоха-выдоха. Чередуйте глубокое и нормальное дыхание до тех пор, пока не почувствуете себя лучше.

Самопомощь при тревоге:

1) Первый шаг – превратить тревогу в страх. Нужно постараться понять, что именно тревожит. Иногда этого достаточно, чтобы напряжение снизилось, а переживания стали не такими мучительными.

2) Самое мучительное переживание при тревоге — это невозможность расслабиться. Поэтому полезно сделать несколько активных движений, физических упражнений, чтобы снять напряжение. Особенно полезны упражнения на растяжку мышц.

3) Сложные умственные операции тоже помогают снизить уровень тревоги. Можно считать в уме, вспоминать или сочинять стихи, придумывать рифмы и т.д.

Самопомощь при плаче:

1) **С**лезы, как правило, приносят значительное облегчение. Поэтому этой реакции можно и нужно дать осуществиться. Когда человек сдерживает слезы, эмоциональной разрядки не происходит.

2) Однако если вы чувствуете, что слезы уже не приносят облегчения и нужно успокаиваться, то помогут следующие приемы:

А) Выпить стакан воды. Это известное и широко используемое средство.

Б) Медленно, но не глубоко**,** а нормально дышать, концентрируясь на выдохе.

Самопомощь при истерике:

1) Уйти от «зрителей», свидетелей происходящего, остаться одному.

2) Умыться ледяной водой – это поможет прийти в себя.

3) Сделать дыхательные упражнения: вдох, задержка дыхания на 1-2 секунды, медленный выдох через нос, задержка дыхания на 1-2 секунды, медленный вдох и т.д. – до того момента, пока не удастся успокоиться.

Самопомощь при апатии:

1) Если вы чувствуете упадок сил, если вам трудно собраться и начать что-то делать и, особенно, если вы понимаете, что не способны испытывать эмоции, дайте себе возможность отдохнуть, хотя бы 15-20 минут.

2) Снимите обувь, примите удобную позу, постарайтесь расслабиться. Поместите в тепло ноги, следите за тем, чтобы тело не было напряжено.

3) Помассируйте мочки ушей и пальцы рук – это места, где находится огромное количество биологически активных точек. Эта процедура поможет вам немного взбодриться.

4) Выпейте чашку некрепкого сладкого чая. Не злоупотребляйте напитками, содержащими кофеин (кофе, крепкий чай), это может только усугубить ваше состояние.

5) Сделайте несколько физических упражнений, но не в быстром темпе.

6) После этого приступайте к выполнению тех дел, которые необходимо сделать. Выполняйте работу в среднем темпе, старайтесь сохранять силы.

7) Не беритесь за несколько дел сразу, в таком состоянии внимание рассеяно и сконцентрироваться, особенно на нескольких делах, трудно.

8) Постарайтесь при первой же возможности дать себе полноценный отдых.

Самопомощь при чувстве вины и стыда:

1) Для того, чтобы справиться с этими чувствами, даже профессиональному психологу может понадобиться помощь.

2) Говоря о своих чувствах, используйте вместо «мне стыдно» или «я виноват» словосочетание «я сожалею», «мне жаль». Слова имеют большое значение, и такая формулировка может помочь вам оценить свои переживания и справиться с ними.

3) Напишите о своих чувствах письмо. Это может быть письмо себе или человеку, которого вы потеряли. Это часто помогает выразить свои чувства.

Самопомощь при двигательном возбуждении:

1) Попробуйте направить активность на какое-нибудь дело. Можно сделать зарядку, пробежаться, прогуляться на свежем воздухе. Вам помогут любые активные действия;

2) Попытайтесь снять лишнее напряжение. Для этого дышите ровно и медленно. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Представьте, как вместе с воздухом вы выдыхаете напряжение.

3) Поместите в тепло ноги и руки, можно активно растереть их до появления ощущения тепла. Положите руку себе на запястье, почувствуйте свой пульс, попробуйте сосредоточиться на работе своего сердца, представить, как оно размеренно бьется. Современная медицина утверждает, что звук биения сердца позволяет почувствовать себя спокойно и защищено

4) Если возможно, включите спокойную музыку, которая вам нравится.

<u>Самопомощь при дрожи:</u>

1) Усильте дрожь. Тело сбрасывает лишнее напряжение – помогите ему;

2) Не старайтесь прекратить это состояние, не пытайтесь силой удержать трясущиеся мышцы – так вы достигнете обратного результата;

3) Попробуйте не обращать на дрожь внимания, через некоторое время она прекратится сама собой.

<u>Самопомощь при гневе, злости, агрессии:</u>

1) Если вы испытываете гнев, необходимо дать ему выход таким образом, чтобы это не шло во вред вам и окружающим. Доказано, что люди, скрывающие и подавляющие агрессию, испытывают больше проблем со здоровьем, чем те, кто умеют свой гнев выражать.

2) Громко топните ногой (стукните рукой) и с чувством повторите: «Я злюсь», «Я взбешен» и т.д. Можно повторить несколько раз, пока не почувствуете облегчение.

3) Постарайтесь высказать свои чувства другому человеку.

4) Дайте себе физическую нагрузку, почувствуйте, сколько физической энергии вы затрачиваете, когда злитесь.

Важно помнить, что чем раньше оказана экстренная психологическая помощь, тем меньше вероятность развития отсроченных реакций и негативных последствий воздействия на человека психотравмирующей ситуации.

Вопросы для обсуждения на практическом занятии

1. Понятие и базовые принципы оказания экстренной психологической помощи.

2. Этические принципы оказания психологической помощи в экстремальной (чрезвычайной) ситуации.

3. Требования к методам оказания экстренной психологической помощи.

4. Помощь при страхе, тревоге, истерике, апатии, чувстве вины и стыда, двигательном возбуждении, нервной дрожи.

5. Помощь при гневе, злости, агрессии.

6. Самопомощь при острых реакциях на стресс.

Вопросы и задания для самостоятельной работы

1. На примере конкретной чрезвычайной ситуации, произошедшей в вашем регионе, составьте план-схему организации и проведения экстренной психологической помощи. Укажите ресурсы, необходимые для ее оказания, возможное размещение специалистов и т.п.

2. Оцените, насколько составленный вами план отвечает базовым принципам оказания экстренной психологической помощи.

3. Подготовьте краткое сообщение о возможностях использования различных направлений, форм, методов психотерапии в условиях чрезвычайной (экстремальной) ситуации.

4. На основе материалов учебного пособия и дополнительной литературы разработайте памятку психологу по самопомощи в экстремальной ситуации

Литература для самостоятельной работы

Основная

1. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

2. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.

3. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И.Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

Дополнительная

1. Антипов В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: Владос-ПРЕСС, 2004. – 176 с.
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2005. – 105 с.
3. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый // А.Н. Моховиков, Е.А. Дыхне. – М., 2007. // http://www.myword.ru.
4. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь. – М.: НЦ ЭНАС, 2007 – 64 с.
5. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология: Учебник для вузов. – Спб.: Питер, 2005. – 464 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
7. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.
8. Решетников М.М. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей [Текст] / М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянов // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 476 – 481.
9. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.
10. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.
11. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.
12. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие[Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ.проект, Трикста, 2005. – 128 с.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Антипов В.В. Психологическая адаптация к экстремальным ситуациям / В.В. Антипов. – М.: Владос-ПРЕСС, 2004. – 176 с.
2. Бодров В.А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
3. Бодров В.А. Роль личностных особенностей в развитии психологического стресса [Текст] / В.А. Бодров // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 448 – 454
4. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении [Текст] / В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 2005. – 105 с.
5. Боулби. Д Создание и разрушение эмоциональных связей / Пер. с англ. В.В. Старовойтова – 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2004. – 232 с.
6. Бреслав Г.М. Психология эмоций [Текст] / Г.М. Бреслав. – М.: Академия, 2006. – 544 с.
7. Василюк Ф.Е. Пережить горе // [электронный ресурс] режим доступа: http://nkozlov.ru/library/psychology/d3469/
8. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) [Текст] / Ф.Е. Василюк. – М.: Изд-во МУ, 1984. – 200 с.
9. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика [Текст] / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 410 с.
10. Волкан В., Зинтл Э. Жизнь после утраты: Психология горевания / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2007. – 160 с.
11. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – СПб.: Речь, 2001. – 162 с.
12. Гришина Н.В. Психология конфликта / Н.В. Гришина. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 544 с.
13. Дейтс Б. Жизнь после потери [Текст] / Б. Дейтс; Пер. с англ. В. Челноковой. – М.: Фаир-Пресс, 1999. – 300с.
14. Дикая Л.Г. Отношение человека к неблагоприятным жизненным событиям и факторы его формирования // Психология социальных ситуаций / сост. и общ ред. Н.В. Гришиной [Текст] / Л.Г. Дикая, А.В. Махнач. – СПб.: Питер, 2001. – С. 334 – 354.
15. Заманаева Ю.В. Утрата близкого человека - испытание жизнью / Ю.В. Заманаева. – СПб.: изд-во Санкт-Петербургского Университета, 2007. – 272 с.

16. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия / А. Кемпински. – М.: Совершенство, 1998. – 318 с.
17. Киршбаум Э.И. Психические состояния [Текст] / Э.И. Киршбаум, А.И. Еремеева. - Владивосток: Наука, 1990. – 126 с.
18. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса [Текст] / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 2000. – 368 с.
19. Краснянский А. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане: Съезд психиатров [Текст] / А. Краснянский, П.В. Морозов. – М.: Медицина, 1995. – 355 с.
20. Кризисы и травмы. Методические материалы Московского Гештальт Института. Выпуск первый // А.Н. Моховиков, Е.А. Дыхне. – М., 2007. // http://www.myword.ru.
21. Крюкова М.А., Никитина Т.И., Сергеева Ю.С. Экстренная психологическая помощь. – М.: НЦ ЭНАС, 2007 – 64 с.
22. Кучер А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство: история возникновения представлений, суть явления, способы психодиагностики. – Управление социальной защиты населения администрации Новосибирской области. Новосибирск, 2002.
23. Лазебная Е.О. Ситуационные факторы регуляции посттравматических стрессовых состояний // Механизмы стресса в экстремальных условиях. Под ред. И.Б. Ушакова [Текст] / Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова. – М., 2004. – С. 17-21.
24. Лебедев В.И. Личность в экстремальных ситуациях [Текст] / В.И. Лебедев. – М.: Политиздат, 1989. – 304 с.
25. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний [Текст] / Н.Д. Левитов // Вопросы психологии, 1967 - № 6, С.118-129.
26. Линдеманн. Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты. 2-е изд./ Под ред. В.К. Вилюноса, Ю.Б. Гипенрейтер. М.: Изд-во МГУ, 1993. – С. 224-232.
27. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология: Учебник для вузов. – Спб.: Питер, 2005. – 464 с.
28. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
29. Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. (Справочник практического психолога). – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.
30. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия [электронный ресурс] Режим доступа: http://www.mkb10.ru

31. Полякова О.Б. Психогигиена и профилактика профессиональных деформаций личности [Текст] / О.Б. Полякова: учебное пособие. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. – 304с.
32. Психические состояния / Сост. и общая редакция Л.В. Куликова. – Спб.: Питер, 2001. – 512 с.
33. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
34. Психология экстремальных ситуаций [Текст] / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.
35. Психология экстремальных ситуаций для спасателей и пожарных [Текст] / Под общ. ред. Ю.С. Шойгу – М.: Смысл, 2007. – 319 с.
36. Пушкарев А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия [Текст] / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2008. – 112 с.
37. Решетников М.М. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия [Текст] / М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянов // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 473 – 476.
38. Решетников М.М. Уфимская катастрофа: особенности состояния, поведения и деятельности людей [Текст] / М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянов // Психические состояния / Сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 476 – 481.
39. Родионов А.В., Сопов В.Ф., Непопалов В.Н. Психология деятельности в экстремальных условиях / Под ред. А.Н. Блеер. – М.: Академия, 2008. – 254 с.
40. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Текст] / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб.: Речь, 2004. – 256 с.
41. Садковой В.П. Сравнительная характеристика симптоматики стрессовых расстройств у представителей пожарных и других профессий [Текст] / В.П. Садковой// Право и безопасность. – 2004. - № 3. – С. 212-215.
42. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М.: Книга по Требованию, 2012. – 66 с.
43. Сидоров П.И. Психология катастроф: учеб. пособ. Для студ вузов [Текст] / П.И. Сидоров, П.И. Мосягин, С.В. Маруняк; под ред П.И. Сидорова. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 414 с.

44. Слепухина Г. В. Психология травматического стресса. Учеб. пособие [электронный ресурс] / Г.В. Слепухина. – Режим доступа: http://do.gendocs.ru/docs/index-9130.html

45. Смирнов Б.А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях [Текст] / Б.А. Смирнов, Е.В. Долгополова. – Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

46. Смулевич А.Б. Психогенные заболевания // Руководство по психиатрии [Текст] / А.Б. Смулевич, В.Г. Ротштейн / Под ред. А.В. Снежневского, Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 552 с.

47. Соловьева С.Л. Психология экстремальных состояний [Текст] / С.Л. Соловьева. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. – 128 с.

48. Сопов В.Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности: учеб. пособие [Текст] / В.Ф. Сопов. – М.: Академ. проект, Трикста, 2005. – 128 с.

49. Старшенбаум Г. В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. – М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. – 367 с.

50. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2007. – 272 с.

51. Тарас А.Е., Сельченок К.В. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия. – М. – Минск: АСТ-Харвест, 2002. – 480 с.

52. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. – СПб.: Питер, 2001. – С. 208 – 219.

53. Хухлаев О.Е. Обычная работа в необычных условиях: психологическое консультирование, осложненное травматическим стрессом [электронный ресурс] Режим доступа: http://psymax.ru/lib/kons/000025_all.html

54. Човдырова Г.С. Введение в практическую экстремальную патопсихологию [Текст] / Г.С. Човдырова. – М.: ВНИИ МВД России, 2002. – 31с.

55. Чурсин А. Влияние экстремальной ситуации на спасателя [Текст] / А. Чурсин, Г. Неудахин, О. Наливаева. – М.: Изд-во АНАТР, 2005. – 56 с.

56. Шефов С.А. Психология горя / С.А. Шефов. – СПб.: Речь, 2007. – 72 с.

57. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции [Текст] / Ю.В. Щербатых. – СПб.: Питер, 2006. - 256 с.

58. Ялом И. Дар психотерапии [Текст] / И. Ялом / Пер. с англ. Ф. Прокофьева. – М.: Эксмо, 2005. – 352 с.

Приложение 1

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ И ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Примерные задания для контрольной работы

Контрольная работа по дисциплине «Психология экстремальных ситуаций и состояний» выполняется студентами по темам 1 – 6, является обязательным условием допуска к экзамену и сдается преподавателю не позднее чем через неделю после изучения темы 6.

Вариант 1

1. Дайте сравнительную характеристику чрезвычайной и экстремальной ситуаций.

2. По материалам СМИ найдите описание конкретной экстремальной ситуации и дайте ее полную психологическую характеристику (в соответствии со схемой, изученной на лекции).

3. Дайте психологическую характеристику паники как первичного состояния в экстремальной ситуации. Предложите схему предотвращения паники в условиях техногенной катастрофы, природного катаклизма, при теракте.

4. Опишите специфику развития стресса у различных субъектов чрезвычайной ситуации.

5. Опишите причины возникновения и динамику ОСР.

Вариант 2

1. Дайте сравнительную характеристику чрезвычайной и экстремальной ситуаций.

2. По материалам СМИ найдите описание конкретной экстремальной ситуации и дайте ее полную психологическую характеристику (в соответствии со схемой, изученной на лекции).

3. Дайте психологическую характеристику аффекта как первичного состояния в экстремальной ситуации. Предложите схему предотвращения массо-

вых аффективных реакций в условиях техногенной катастрофы, природного катаклизма, при теракте.

4.Опишите специфику развития стресса у различных субъектов чрезвычайной ситуации.

5. Опишите причины возникновения и динамику ПТСР.

Примерная тематика эссе:

1. Культуральные предпосылки осложненного горевания
2. Горе как потенциальная возможность развития личности
3. Границы оказания психологической помощи при горевании

Примерные вопросы к экзамену:

1. Понятие чрезвычайной, экстремальной, кризисной ситуации: сравнительный анализ и причины возникновения.

2. Типология экстремальных ситуаций.

3. Факторы, приводящие к восприятию ситуации как экстремальной: внешние и внутриличностные.

4. Субъекты экстремальной ситуации: виды и специфика психологической травматизации.

5. Последствия влияния экстремальной ситуации на человека.

6. Экстремальные ситуации, связанные с военными действиями.

7. Экстремальные ситуации, возникающие как следствия стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф.

8. Эмоциональное, психологическое, физическое, сексуальное насилие как экстремальная ситуация.

9. Психология терроризма.

10. Экстремальное состояние: понятие и основные параметры.

11. Подходы к выделению экстремальных психических состояний.

12. Первичные психические состояния при воздействии экстремальной ситуации.

13. Понятие тревоги и страха. Тревожный ряд.

14. Понятие и виды паники. Механизм развития паники.

15. Фрустрация и конфликт как составляющие экстремального состояния.

16. Динамика развития экстремальных состояний.

17. Стресс как основная составляющая экстремальных состояний: понятие, виды, динамика.

18. Теории стресса.

19. Факторы развития стресса (сравнение различных подходов).

20. Понятие стрессоустойчивости. Факторы стрессоустойчивости человека.

21. Копинг-поведение и защитные механизмы как формы совладания со стрессом.

22. Понятие и основные признак острого стрессового расстройства.

23. Динамика развития ОСР.

24. Причины и последствия слабой выраженности (или отсутствия) симптоматики ОСР в экстремальной ситуации.

25. Понятие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Теоретические модели ПТСР.

26. Факторы и группы риска развития ПТСР. Формы ПТСР.

27. Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства.

28. Диагностические критерии ПТСР.

29. Горе и горевание. Теории горя.

30. Горе как следствие утраты. Типология утрат.

31. Факторы, влияющие на процесс горевания.

32. Нормальное и осложненное (патологическое) горе.

33. Стадии горевания (различные подходы).

34. Психологическая помощь горюющему.

35. Формы экстренной психологической помощи при остром стрессовом расстройстве.

36. Самопомощь при острых реакциях на стресс.

Приложение 2

ПОЛОЖЕНИЕ О БАЛЛЬНО-РЕЙТИНГОВОЙ ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рейтинг по дисциплине «Психология экстремальных ситуаций и состояний» включает в себя текущий контроль и итоговый контроль. Текущий контроль – это непрерывно осуществляемый мониторинг уровня усвоения знаний, формирования умений и навыков и развития личностных качеств студента за фиксируемый период времени. Итоговый контроль осуществляется в форме экзамена.

Соотношение доли текущего и итогового контроля отражено в таблице

№	Вид рейтинга	Весовой коэффициент, %
1	Рейтинг по дисциплине	100
1.1	Текущий контроль	60
1.2	Итоговый контроль	40

По курсу «Психология экстремальных ситуаций и состояний» текущий контроль включает в себя следующие формы:

- Выполнение заданий на лекционных занятиях
- Устные ответы студентов на практических занятиях
- Контроль за самостоятельной работой
- Проверка конспектов первоисточников (статьи, фрагменты монографий)
- Написание эссе
- Тестирование

Соотношение видов учебной деятельности студента в рамках текущего рейтинга представлено в таблице

№	Вид учебной деятельности	Весовой коэффициент, % (макс.)
1	Работа на лекции	7.5
2	Ответ на практическом занятии	30
3	Самостоятельная работа	33.5
4	Конспект первоисточников (статьи, монографии)	15
5	Написание эссе	5
6	Тестирование	9

Соотношение видов учебной деятельности студента в рамках текущего рейтинга в баллах представлено в следующей таблице

№	Вид учебной деятельности	Максимальное количество баллов
1	Работа на лекции	4.5
2	Ответ на практическом занятии	18
3	Самостоятельная работа	20
4	Конспект первоисточников (статьи, монографии)	9
5	Написание эссе	3
6	Тестирование	5.5

Формирование рейтинга студента по текущему контролю осуществляется на основе календарного плана мероприятий по дисциплине.

1. **Работа на лекции.** Во время лекции студент не только слушает и фиксирует излагаемый материал, но и активно его перерабатывает. Каждая лекция включает ряд заданий, которые студенту необходимо выполнить для полного усвоения лекционного материала: выписать определения терминов, привести примеры, дополнить перечень классификаций и т.п. Задание выполняется во время лекции либо дома (в этом случае выполнение задания проверяется на следующей лекции или на семинарском занятии). Независимо от количества заданий на лекции, их суммарный объем по каждой из тем практически одинаков и оценивается в 0.5 балла. При невыполнении задания данные баллы вычитаются из общего количества баллов, набранных студентом.

2. **Ответ на практическом занятии**. Ответ предполагает развернутое, четкое, аргументированное изложение студентом одного из вопросов, вынесенных на обсуждение. При этом недопустимо дословное зачитывание материала и использование ксерокопий. Если ответ соответствует изложенным требованиям, он оценивается в три балла. Студент должен быть готов ответить на любой вопрос каждого семинара. Максимальное количество баллов по данному виду работ равно 18.

3. **Самостоятельная работа.** Самостоятельная работа предполагает выполнение заданий, направленных на обобщение и закрепление изученного ма-

териала, а так же письменный ответ на один из контрольных вопросов по изучаемой теме (которые отличаются от вопросов к семинару большей узостью и проблемной формулировкой) Самостоятельная работа выполняется студентом в течение изучения соответствующей темы и сдается на проверку не позднее 3 дней после последнего семинарского занятия по данной теме.

4. **Конспектирование первоисточников.** Работа со статьями, монографиями, материалами конференций направлена на лучшее усвоение студентами материала лекций, ознакомление с классическими, фундаментальными трудами в области психологии и современными тенденциями развития данной науки. Качественно написанный конспект в зависимости от объема материала соответствует 1 расчетной единице. Конспект считается качественно выполненным в том случае, если содержит ответ на все поставленные вопросы.

5. **Написание эссе.** После изучения темы 7 «Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания» каждый из студентов выполняет и представляет эссе. Сдача эссе в письменном виде обязательна. Качественно выполненное и защищенное эссе оценивается в 3 балла.

6. **Тестирование.** В течение семестра студент выполняет ряд текущих проверочных работ по изучаемым темам, а также общую контрольную работу по темам 1 – 6. Тестирование осуществляется в виде терминологического диктанта, работы на сопоставление терминов и определений. Всего за семестр по итогам тестирования студент может набрать 5.5 балла.

Таким образом, каждый студент по результатам текущего контроля может получить максимальное количество баллов (60).

Минимальное значение рейтинговой оценки, набранной студентом по результатам текущего контроля, при котором студент допускается к сдаче экзамена, составляет 40 баллов. Студент, набравший к моменту окончания семестра менее 40 баллов по текущему контролю, считается не выполнившим график учебного процесса, аттестуется по дисциплине неудовлетворительно и к экзамену не допускается. Студент имеет право устранить задолженности по текущему контролю в дни индивидуальных консультаций.

За пропуски занятий без уважительной причины, а так же несвоевременное выполнение заданий по текущему контролю на студента налагаются штрафные баллы, т.е. преподаватель имеет право снизить максимальное значение балла по данной форме работы.

Итоговый контроль по дисциплине (сессия) - это форма контроля, проводимая по завершению изучения дисциплины в семестре.

Для дисциплин с экзаменом рейтинговая оценка студента складываемся из баллов, набранных по текущему контролю и баллов, набранных студентом за экзамен.

Максимальная сумма баллов по итоговому контролю составляет 40 баллов.

Итоговый контроль включаем в себя 2 теоретических вопроса.

За правильный и полный ответ на теоретические вопросы студент получает по 20 баллов за каждый вопрос, (всего 40 баллов).

Согласно действующей шкале пересчета рейтинговых оценок по дисциплине с экзаменом границы опенки задаются следующим образом:

менее 51 балла - «неудовлетворительно»

от 51 до 74 баллов - «удовлетворительно»

от 75 до 90 баллов - «хорошо»

от 91 до 100 баллов - «отлично».

Приложение 3

ПРИМЕР ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КАРТЫ РЕЙТИНГА СТУДЕНТА

Ф.И.О. студента______________________________________

Вид работ	Тема								Итого по данному виду работ
	Экстремальная психология. П онятие экстремальной ситуации	Типология экстремальных ситуаций	Экстремальные состояния: п онятие и дифференциальная диагностика	Стресс как о сновная составляющая экстремальных состояний	Острое стресс овое расстройство: понятие, динамика, диагностика	Посттравматическое стрессовое расстройство: п онятие, динамика, диагностика	Горе как особое психофизиологическое состояние. Динамика горевания	Методы оказания экстренной психологической помощи	
Работа на лекции									
Ответ на практическом занятии									
Текущая контрольная работа									
Самостоятельная работа									
Конспект первоисточников									
Эссе									
Контрольная работа									
Дополнительные баллы									
Штрафные баллы									

Екатерина Викторовна Павлова,

канд.психол. наук, доцент кафедры ПиП АмГУ;

Прихология экстремальных ситуаций и состояний *Учебно-методическое пособие.*

Заказ 680.